



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

1ª via

Síndrome Gripal

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estatura: _____ Peso: _____ kg

Endereço resid.: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Vacina últimos 12 meses:

Não Sim: influenza sazonal() influenza pandêmica H1N1() pneumococo()

Uso anterior de OSELTAMIVIR: Não Sim Data do último tratamento: ___/___/___

Data do início dos sintomas do quadro atual: ___/___/___

Sinais e sintomas: febre tosse dor de garganta dispnéia mialgia artralgia

conjuntivite vômito náuseas coriza calafrio cefaléia diarreia

prostração/astenia Outros: _____

Parâmetro clínico: oximetria _____%

Gestante: Não Sim: idade gestacional atual: _____ semanas

Comorbidades: Não Sim, qual(is): _____

Internamento: Não Sim, hospital _____ Leito regular UTI

Posologia: Oseltamivir cápsula 75 mg 1 cápsula via oral de 12/12h por 5 dias

Oseltamivir solução oral 15 mg/ml: _____ ml via oral de 12/12h por 5 dias

Assinatura e identificação do médico prescritor

Identificação da Farmácia dispensadora

Data da prescrição: ___/___/___

Data da dispensação: ___/___/___

Unidade/consultório: _____

Município: _____

End. consult.: _____

Município: _____

Dispensar somente uma caixa ou frasco por paciente

RDC ANVISA nº 70/2009 - Oseltamivir sujeito à venda sob Receita de Controle Especial (Lista C 1) com validade de até 5 (cinco) dias após data de emissão

Preencher este formulário em duas vias (a farmácia deverá reter uma via e encaminhar a outra para epidemiologia) Para o paciente deverá ser feita uma receita simples incluindo a posologia do oseltamivir.



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

2ª via

Síndrome Gripal

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estatura: _____ Peso: _____ kg

Endereço resid.: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Vacina últimos 12 meses:

Não Sim: influenza sazonal() influenza pandêmica H1N1() pneumococo()

Uso anterior de OSELTAMIVIR: Não Sim Data do último tratamento: ___/___/___

Data do início dos sintomas do quadro atual: ___/___/___

Sinais e sintomas: febre tosse dor de garganta dispnéia mialgia artralgia

conjuntivite vômito náuseas coriza calafrio cefaléia diarreia

prostração/astenia Outros: _____

Parâmetro clínico: oximetria _____%

Gestante: Não Sim: idade gestacional atual: _____ semanas

Comorbidades: Não Sim, qual(is): _____

Internamento: Não Sim, hospital _____ Leito regular UTI

Posologia: Oseltamivir cápsula 75 mg 1 cápsula via oral de 12/12h por 5 dias

Oseltamivir solução oral 15 mg/ml: _____ ml via oral de 12/12h por 5 dias

Assinatura e identificação do médico prescritor

Identificação da Farmácia dispensadora

Data da prescrição: ___/___/___

Data da dispensação: ___/___/___

Unidade/consultório: _____

Município: _____

End. consult.: _____

Município: _____

Dispensar somente uma caixa ou frasco por paciente

RDC ANVISA nº 70/2009 - Oseltamivir sujeito à venda sob Receita de Controle Especial (Lista C 1) com validade de até 5 (cinco) dias após data de emissão

Preencher este formulário em duas vias (a farmácia deverá reter uma via e encaminhar a outra para epidemiologia) Para o paciente deverá ser feita uma receita simples incluindo a posologia do oseltamivir.