



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL**

**FORMULÁRIO PARA LIBERAÇÃO DO OSELTAMIVIR**

(É obrigatório o preenchimento em letra de fôrma)

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: 52-\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone fixo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Telefone celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço domiciliar (rua, cidade, CEP): \_\_\_\_\_

Telefone fixo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Telefone celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**DADOS DO CASO CLÍNICO**

**Está internado?**  Não  Sim. **Se sim, preencher os dados do hospital:**

Nome do hospital: \_\_\_\_\_

Esfera:  SUS  Privado  Contratado SUS

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**Início dos sintomas:**  < 48 horas  >48 horas

Data do início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do início dos sintomas: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Paciente com doença respiratória aguda grave?**  Não  Sim

**Indicação da medicação:** \_\_\_\_\_

**Prescrição do Oseltamivir:**  10 cápsulas de 75mg (Obs. Como não há disponível no momento a solução pediátrica, a cápsula de Oseltamivir 75mg pode ser dissolvida em leite achocolatado ou outro líquido e administrada a quantidade correta calculada pelo médico de acordo com a tabela pediátrica por peso constante nos protocolos da SESDEC e do Ministério da Saúde).



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

**OUTROS DADOS DO PACIENTE**

Fatores de risco?  Não  Sim. Se sim, preencher um ou mais dos campos abaixo:

- [ ] Gravidez: Idade Gestacional \_\_\_\_\_ semanas
- [ ] Grande obesidade
- [ ] Idade inferior a 2 anos
- [ ] Idade superior a 65 anos
- [ ] Imunodepressão medicamentosa ou por doença
- [ ] Residente em instituição de repouso ou hospitais de doentes crônicos
- [ ] Doenças crônicas. Quais? \_\_\_\_\_

Complicações?  Não  Sim. Se sim, preencher um ou mais dos campos abaixo:

- [ ] Dispnéia
- [ ] Pneumonia
- [ ] Exacerbação de doença crônica
- [ ] Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do médico solicitante \_\_\_\_\_

**DISPENSAÇÃO**

Dispensado:  \_\_\_\_ Cápsulas 75 mg

Nome do Dispensador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Dispensador: \_\_\_\_\_

**ENTREGA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Recebi o medicamento acima especificado.

Nome do portador: \_\_\_\_\_

Assinatura do portador: \_\_\_\_\_ RG do portador: \_\_\_\_\_

**Instruções e observações para o médico:**

- Deverá haver prescrição pelo médico assistente que se responsabiliza pelo acompanhamento do paciente durante todo o período de uso do medicamento.
- Para entrega do medicamento, será necessária a apresentação da cópia impressa deste formulário e de uma cópia da receita médica assinada e carimbada pelo médico assistente, que ficará retida. Faça a receita médica em **duas vias**, para que uma cópia fique com o paciente.
- Oriente seu paciente sobre como usar o medicamento.
- Se o atendimento for ambulatorial, oriente seu paciente sobre os sinais de agravamento da doença e a necessidade de procurar assistência médica em caso de agravamento.
- A medicação será fornecida conforme disponibilidade de estoque dispensado pelo Ministério da Saúde e dentro dos protocolos de tratamento.
- O antiviral Tamiflu® (Oseltamivir) é indicado para: a) casos de síndrome gripal (Influenza) em pacientes com fatores de risco, depois de avaliação por seu médico assistente; b) casos de doença respiratória aguda grave secundária à síndrome gripal.