

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR:**

CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME (OU NOME SOCIAL) COMPLETO DO(A) MUNÍCIPE	
<input type="text"/>	
NÚMERO DO SIS	NÚMERO DO CPF OU DO CNS (se não possuir ou não souber o SIS)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO	PESO (KG)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO (marcar apenas 01 item e assinalar todos os campos correspondentes. Se paciente preencher critério para os 02 itens, marcar o de maior gravidade)

Paciente portador(a) de Síndrome Gripal sem etiologia definida (e sem histórico de contato íntimo nos últimos 14 dias com pessoa COVID19 laboratorialmente confirmada), preferencialmente, até 48 horas de início dos sintomas e possuidor(a) de pelo menos 01 (uma) das condições previstas abaixo (assinalar todos os campos)

Paciente portador(a) de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com suspeita de etiologia para o vírus Influenza (assinalar todos os campos)

	NÃO	SIM
Idade ≥ 60 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idade ≤ 05 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grávidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puérperas até 02 semanas após o parto (inclusive abortamento/perda fetal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumopatias (incluindo Asma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença Cardiovascular (exceto H.A.S*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nefropatias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatopatias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doenças Hematológicas (inclusive Doença Falciforme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distúrbios Metabólicos (inclusive D.M**)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos Neurológicos e do desenvolvimento# (distúrbio cognitivo, lesão medular, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, AVE***)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imunossupressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade (IMC ≥ 40kg/m <sup>2</sup> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idade > 19 anos e uso prolongado de AAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose (qualquer forma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	NÃO	SIM
Saturação < 95% <sup>1</sup> em ar ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispneia <sup>2</sup> /desconforto respiratório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressão persistente no tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloração azulada nos lábios ou rosto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EM CRIANÇAS, TAMBÉM AVALIAR:	<input type="radio"/>	<b>NÃO SIM</b>
Batimento de asa de nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cianose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiragem Intercostal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inapetência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>1</sup>estar atento a munícipes que possuem saturação basal <95% por patologias pré-existentes

<sup>2</sup> Frequência respiratória esperada de acordo com a idade

Idade	Frequência Respiratória de acordo com a idade
1 a 12 meses	até 53 incursões por minuto
1 a 2 anos	até 37 incursões por minuto
3 a 5 anos	até 28 incursões por minuto
6 a 11 anos	até 25 incursões por minuto
12 a 17 anos	até 20 incursões por minuto
> 17 anos	até 22 incursões por minuto

\* H.A.S = Hipertensão Arterial Sistêmica \*\* D.M = Diabetes Mellitus \*\*\* AVE= Acidente Vascular Encefálico # condições que possam comprometer a função respiratória ou aumentar risco de aspiração

Paciente já estava fazendo uso de Oseltamivir?  NÃO  SIM      Se SIM, já em uso há quantos dias? <sup>0</sup>

**POSOLOGIA DO OSELTAMIVIR**  
(assinale a linha condizente com o(a) paciente em questão)

< 1ANO	
Idade	Dose*
<input type="radio"/> 00** a 08 meses	3mg/kg/peso de 12/12h por 05 dias
<input type="radio"/> 09 a 11 meses	3,5mg/kg/peso de 12/12h por 05 dias

\* não necessita de ajuste de dose se CICr >30ml/min  
\*\* neonatos pré-termo: checar posologia específica

> 1 ANO (inclusive adultos e idosos)			
Peso	Dose*	Frequência	Nº de Capsulas
<input type="radio"/> < 15 kg	30mg	12/12 h por 5 dias	1 cap. de 30mg 12/12 h
<input type="radio"/> 15 a 23 kg	45mg	12/12 h por 5 dias	1 cap. de 45mg 12/12 h
<input type="radio"/> > 23 a 40 kg	60mg	12/12 h por 5 dias	2 cap. de 30mg 12/12 h
<input type="radio"/> > 40 kg	75mg	12/12 h por 5 dias	1 cap. de 75mg 12/12 h

\* não necessita de ajuste de dose se CICr >30ml/min

**AJUSTE DA DOSE DIÁRIA PELA FUNÇÃO RENAL**

(assinale a coluna condizente com o(a) paciente em questão)

CICr > 30ml/min <input type="radio"/>	30 ml/min < CICr < 10ml/min <input type="radio"/>	CICr < 10ml/min <input type="radio"/>
100 % da dose 2x/dia	100% da dose 1x/dia	Avaliar com nefrologista que assiste o munícipe, pois não há recomendação de dose disponível

**PRESCRIÇÃO**

USO INTERNO:

**FOSTATO DE OSELTAMIVIR**

**DECLARAÇÃO PROFISSIONAL DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS**

Eu, \_\_\_\_\_, CRM / RMS nº \_\_\_\_\_  
declaro, sob as penas dos art. 299 e 302 do Código Penal Brasileiro, a veracidade nas informações aqui prestadas e estou ciente de que as informações aqui contidas podem ser conferidas a qualquer momento.

Sorocaba,

\_\_\_\_\_  
assinatura do profissional (não é obrigatório carimbar)

**ANEXO II**

**RECEITUÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR:**

CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME (OU NOME SOCIAL) COMPLETO DO(A) MUNÍCIPE

DATA DE NASCIMENTO

PESO (KG)

**USO INTERNO:**

**FOSTATO DE OSELTAMIVIR**

**DECLARAÇÃO PROFISSIONAL DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS**

Eu, \_\_\_\_\_, CRM / RMS nº \_\_\_\_\_  
declaro, sob as penas dos art. 299 e 302 do Código Penal Brasileiro, a veracidade nas informações aqui prestadas e  
estou ciente de que as informações aqui contidas podem ser conferidas a qualquer momento.

Sorocaba,

assinatura do profissional (não é obrigatório carimbar)