

INSTRUÇÃO NORMATIVA SES Nº 03/2022

Considerando o aumento expressivo de casos de Síndrome Gripal no Município de Sorocaba.

Considerando a expressiva disseminação de nova variante do SARS-Cov2.

Considerando o conhecimento da recente circulação de Influenza no Brasil.

Considerando a escassez do medicamento Fosfato de Oseltamivir, cujo abastecimento municipal é feito pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

Considerando que a revogação do parecer técnico nº67/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre a indicação, em caráter excepcional, do uso do Fosfato de Oseltamivir durante a Pandemia da COVID-19 ocorreu em um contexto diferente do supracitado.

Fica revogada a Instrução Normativa SES nº 31/2021 e determinada que a dispensação do medicamento Oseltamivir pela Prefeitura de Sorocaba deverá seguir as orientações do Ofício Circular DVE/SES nº24/2021.

Esclarecimento:

- 1) A versão atualizada (20/01/2022) tanto do “Formulário para Dispensação do Medicamento Oseltamivir” (ANEXO I) quanto do “Receituário para Dispensação do Medicamento Oseltamivir” (ANEXOII) podem ser acessadas pelo link: <http://saude.sorocaba.sp.gov.br/destaques/oseltamivir/>. Importante ser observado que existem 02 versões do documento no site:
 - a) de preenchimento eletrônico
 - b) de preenchimento manual

Sorocaba, 21 de janeiro de 2022.

Secretaria de Saúde

1 / 4 | RON-HC

ANEXO I – MODELO DO FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR:

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)

<p><input type="radio"/> 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)</p> <p style="text-align: center;">NÃO SIM</p> <p>Idade ≥ 60 anos <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Idade ≤ 05 anos <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Grávidas <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Puérperas até 02 semanas após o parto (inclusive abortamento/perda fetal) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Pneumopatias (inclusive Asma) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Doença Cardiovascular (exceto H.A.S*) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Nefropatias <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Hepatopatias <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Doenças Hematológicas (inclusive Doença Falciforme) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Distúrbios Metabólicos (inclusive D.M**) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Transtornos Neurológicos e do desenvolvimento* (disfunção cognitiva, lesão medular, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, AVE***) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Imunossupressão <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Obesidade (IMC ≥ 40kg/m²) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Idade > 19 anos e uso prolongado de AAS <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tuberculose (qualquer forma) <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/> Paciente portador(a) de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com suspeita de etiologia para o vírus Influenza (assinalar todos os campos)</p> <p style="text-align: right;">NÃO SIM</p> <p>Saturação < 95%* em ar ambiente <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Dispneia²/desconforto respiratório <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Pressão persistente no tórax <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Coloração azulada nos lábios ou rosto <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>EM CRIANÇAS, TAMBÉM AVALIAR: NÃO SIM</p> <p>Batimento de asa de nariz <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Cianose <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Tiragem Intercostal <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Desidratação <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Inapetência <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><small>*estar atento a municípios que possuem saturação basal <95% por patologias pré-existentis</small></p> <p><small>** Frequência respiratória esperada de acordo com a idade</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Idade</th> <th>Frequência Respiratória de acordo com a idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 a 12 meses</td> <td>até 53 incursões por minuto</td> </tr> <tr> <td>1 a 2 anos</td> <td>até 37 incursões por minuto</td> </tr> <tr> <td>3 a 5 anos</td> <td>até 28 incursões por minuto</td> </tr> <tr> <td>6 a 11 anos</td> <td>até 25 incursões por minuto</td> </tr> <tr> <td>12 a 17 anos</td> <td>até 20 incursões por minuto</td> </tr> <tr> <td>> 17 anos</td> <td>até 22 incursões por minuto</td> </tr> </tbody> </table>	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
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? ⁰

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

< 1 ANO		> 1 ANO (inclusive adultos e idosos)			
Idade	Dose*	Peso	Dose*	Frequência	Nº de Capsulas
<input type="radio"/> 00** a 08 meses	3mg/kg/peso de 12/12h por 05 dias	<input type="radio"/> < 15 kg	30mg	12/12 h por 5 dias	1 cap. de 30mg 12/12 h
<input type="radio"/> 09 a 11 meses	3,5mg/kg/peso de 12/12h por 05 dias	<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
** neonatos pré-termo: checar posologia específica

* 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	30 ml/min < CICr < 10ml/min	CICr < 10ml/min
<input type="radio"/> 100 % da dose 2x/dia	<input type="radio"/> 100% da dose 1x/dia	<input type="radio"/> 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 – MODELO DO RECEITUÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR:



Secretaria da Saúde

ANEXO II

RECEITUÁRIO 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

DATA DE NASCIMENTO	PESO (KG)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)

PALÁCIO DOS TROPEIROS – 3º andar
Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP
Fone: (15) 3238.2242 / 3238.2250

Versão 2001/2022