



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO OSELTAMIVIR:

CNES NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

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

NÚMERO DO SIS NÚMERO DO CPF OU DO CNS (se não possuir ou não souber o SIS)

DATA DE NASCIMENTO PESO (KG)

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 07 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)

Idade ≥ 60 anos

NÃO SIM

Idade ≤ 05 anos

Grávidas

Puérperas até 02 semanas após o parto (inclusive abortamento/perda fetal)

Pneumopatias (inclusive Asma)

Doença Cardiovascular (exceto H.A.S*)

Nefropatias

Hepatopatias

Doenças Hematológicas (inclusive Doença Falciforme)

Distúrbios Metabólicos (inclusive D.M**)

Transtornos Neurológicos e do desenvolvimento# (distúrbio cognitivo, lesão medular, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, AVE***)

Imunossupressão

Obesidade (IMC ≥ 40kg/m²)

Idade > 19 anos e uso prolongado de AAS

Tuberculose (qualquer forma)

NÃO SIM

Saturação < 95%¹ em ar ambiente

Dispneia²/desconforto respiratório

Pressão persistente no tórax

Coloração azulada nos lábios ou rosto

EM CRIANÇAS, TAMBÉM AVALIAR:

NÃO SIM

Batimento de asa de nariz

Cianose

Tiragem Intercostal

Desidratação

Inapetência

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

² 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? ⁰

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)