

INSTRUÇÃO NORMATIVA SES Nº 23/2022

Considerando as orientações trazidas pela Nota Técnica nº 10/2022-CGGRYPE/DEIDT/SVS/MS que traz

“Atualizações das recomendações e orientações sobre a covid-19 no âmbito da vigilância epidemiológica”

Fica revogada a Instrução Normativa SES nº 03/2022 e atualiza os critérios para a dispensação do medicamento Oseltamivir pela Prefeitura de Sorocaba.

Esclarecimento:

- 1) A versão atualizada (18/11/2022) 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, 18 de novembro de 2022.

Secretaria de Saúde

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

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)

NÃO SIM

Idade ≥ 60 anos

Idade ≤ 05 anos

Grávidas

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

Pneumopatias (incluindo 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)

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

NÃO SIM

Saturação < 95%* 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 Intercoastal

Desidratação

Inapetência

*estar atento a municípios 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)

< 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:



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

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)

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 18/11/2022