



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO GONÇALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Telefone: _____

Fez a vacina da influenza: () Sim () Não

Data da vacinação: ____/____/____

Data do início dos sintomas: ____/____/____

() Febre () Tosse () Calafrio () Dispneia () Dor de garganta () Artralgia () Mialgia

() Conjuntivite () Coriza () Diarreia () Cefaleia

() Outros: _____

Presença de comorbidade: () Sim () Não

() Cardiopatia crônica () Pneumopatia crônica () Nefropatia crônica

() Doenças hematológicas () Distúrbios metabólicos

() Imunossupressão () Doença Neurológica () Outras: _____

Grupo de risco: () Sim () Não

() Gestante

() Puérpera

() Adulto maior que 60 anos

() Crianças menores que 5 anos

Teste Positivo: () Sim em ____/____/____ () Não

OBS: Somente o teste positivo, sem diagnóstico de SRAG ou sem a presença de comorbidades/grupo de risco não é critério para dispensação de Oseltamivir (Conforme Nota Informativa 11/2024 da CEVS/SES-RS).

O tratamento não será dispensado após 48 horas da data da prescrição.

Assinatura do médico

Data da prescrição: ____/____/____