



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Divisão de Vigilância Epidemiológica

NOME: _____

CNS: _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE (____) _____

UNIDADE PRESCRITORA: _____

PRESCRITOR: _____ CRM: _____

SINDROME GRIPAL	<input type="checkbox"/> Febre de início súbito, mesmo que referida, ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tosse ou dor de garganta <input type="checkbox"/> Cefaleia, <input type="checkbox"/> Mialgia ou artralgia,		
CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES	<p style="text-align: center;">NO CASO DE COMORBIDADES FAZER USO DA MEDICAÇÃO OSELTAMIVIR (TAMIFLU)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Gestante em qualquer idade gestacional <input type="checkbox"/> Puérperas até 02 semanas após o parto <input type="checkbox"/> Crianças menores de 05 anos <input type="checkbox"/> Obesidades (IMC \geq 40) <input type="checkbox"/> Indivíduo < 19 anos em uso prolongado de AAS <input type="checkbox"/> População Indígena <input type="checkbox"/> Pneumopatias (incluindo ASMA) <input type="checkbox"/> Adulto \geq 60 anos </td> <td> <input type="checkbox"/> Paciente com Tuberculose <input type="checkbox"/> Portadores de Cardiopatias (exceto HAS) <input type="checkbox"/> Portadores de Hepatopatia <input type="checkbox"/> Portadores de doenças Hematológicas (Incluindo Anemia Falciforme) <input type="checkbox"/> Portadores de transtorno Neurológico <input type="checkbox"/> Portadores de distúrbio metabólico (Incluindo DM) <input type="checkbox"/> Portadores de imunossupressão associado a medicamentos, neoplasias, HIV e outros </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Gestante em qualquer idade gestacional <input type="checkbox"/> Puérperas até 02 semanas após o parto <input type="checkbox"/> Crianças menores de 05 anos <input type="checkbox"/> Obesidades (IMC \geq 40) <input type="checkbox"/> Indivíduo < 19 anos em uso prolongado de AAS <input type="checkbox"/> População Indígena <input type="checkbox"/> Pneumopatias (incluindo ASMA) <input type="checkbox"/> Adulto \geq 60 anos	<input type="checkbox"/> Paciente com Tuberculose <input type="checkbox"/> Portadores de Cardiopatias (exceto HAS) <input type="checkbox"/> Portadores de Hepatopatia <input type="checkbox"/> Portadores de doenças Hematológicas (Incluindo Anemia Falciforme) <input type="checkbox"/> Portadores de transtorno Neurológico <input type="checkbox"/> Portadores de distúrbio metabólico (Incluindo DM) <input type="checkbox"/> Portadores de imunossupressão associado a medicamentos, neoplasias, HIV e outros
<input type="checkbox"/> Gestante em qualquer idade gestacional <input type="checkbox"/> Puérperas até 02 semanas após o parto <input type="checkbox"/> Crianças menores de 05 anos <input type="checkbox"/> Obesidades (IMC \geq 40) <input type="checkbox"/> Indivíduo < 19 anos em uso prolongado de AAS <input type="checkbox"/> População Indígena <input type="checkbox"/> Pneumopatias (incluindo ASMA) <input type="checkbox"/> Adulto \geq 60 anos	<input type="checkbox"/> Paciente com Tuberculose <input type="checkbox"/> Portadores de Cardiopatias (exceto HAS) <input type="checkbox"/> Portadores de Hepatopatia <input type="checkbox"/> Portadores de doenças Hematológicas (Incluindo Anemia Falciforme) <input type="checkbox"/> Portadores de transtorno Neurológico <input type="checkbox"/> Portadores de distúrbio metabólico (Incluindo DM) <input type="checkbox"/> Portadores de imunossupressão associado a medicamentos, neoplasias, HIV e outros		
(SRAG) SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE	<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Saturação de SpO ₂ < 95% em ar ambiente. <input type="checkbox"/> Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade. <input type="checkbox"/> Piora nas condições clínicas de doença de base. <input type="checkbox"/> Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente. <input type="checkbox"/> Indivíduo de qualquer idade com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda, durante período sazonal. <input type="checkbox"/> Em Criança: Além dos itens anteriores, observar batimento de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência		
PRESCRIÇÃO: Oseltamivir (Tamiflu®)	<input type="checkbox"/> 75 mg de 12 em 12 horas por 05 dias <input type="checkbox"/> 30 mg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças \leq 15kg) <input type="checkbox"/> 45 mg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças > 15kg a 23kg) <input type="checkbox"/> 60 mg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças > 23kg a 40 kg) <input type="checkbox"/> 75 mg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças > 40kg) <input type="checkbox"/> 03 mg/kg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças de 0 a 8 meses de idade) <input type="checkbox"/> 3,5 mg/kg de 12 em 12 horas por 05 dias (crianças de 9 a 11 meses de idade)		

Fonte: Protocolo de INFLUENZA 2015 Ministério da Saúde

OBS: O preenchimento do protocolo se faz obrigatório para a dispensação da medicação, e a retenção deste, permanecerá no setor de destruição.