



## FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

1 Agravado/doença

**SÍNDROME GRIPAL**

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 Nome do Paciente

3 Sexo

M. Masculino  
 F. Feminino

4 Data de Nascimento

5 (DDD) Telefone

6 Logradouro (rua, avenida,...)

7 Número

8 Complemento (apto., casa, ...)

9 Bairro

10 Município de Residência

### ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICOS

11

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS \*

12 Indicação

caso grave  fator de risco (especifique) \_\_\_\_\_

sinais de agravamento (especifique) \_\_\_\_\_

**DISPENSAR SOMENTE UMA CAIXA OU FRASCO POR PACIENTE (anexar receita)**

Nome Legível do Médico Solicitante	Assinatura do Médico Solicitante	CRM/CARIMBO
Local	Data	
Retirado por (Nome)	Assinatura de quem retirou	Nº R.G.

- 1. ESTA FICHA NÃO SUBSTITUI A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN**
- 2. SOLICITA-SE A DEVOLUÇÃO SOMENTE DA RECEITA AO PACIENTE**
- 3. ESTE FOMULÁRIO FICARÁ RETIDO NO LOCAL DE DISPENSAÇÃO**