



FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

1 Agravado/doença

SÍNDROME GRIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 Nome do Paciente		
3 Sexo <input type="checkbox"/> M. Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> caso grave <input type="checkbox"/> fator de risco <input type="checkbox"/> 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