



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Coordenadoria de Promoção à Saúde
Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica



Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância a Saúde
Setor de Vigilância Epidemiológica

NOTA TÉCNICA Nº. 06

DESCENTRALIZAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DO FOSFATO DE OZELTAMIVIR (TAMIFLU)

Tendo em vista a necessidade de descentralizar a dispensação da medicação para outros hospitais do Rio Grande do Norte, a Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado da Saúde Pública, em parceria com o Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, vem estabelecer o fluxo para a referida finalidade.

Desta forma, o médico, quando julgar necessário prescrever o Fosfato de Ozeltamivir (TAMIFLU) ao paciente com doença respiratória aguda grave ou com síndrome gripal com fator risco para complicação e óbito, deverá providenciar os seguintes documentos:

- Cópia da prescrição para o TAMIFLU**
- Formulário para dispensação da medicação. (ANEXO 1)**
- Cópia da Ficha individual de investigação por um novo subtipo pandêmico com o detalhamento dos fatores de complicação. (ANEXO 2)**

É obrigatória a entrega dos documentos listados acima para que seja dispensada a medicação pelas seguintes unidades:

- 1. Unidade Mista de Pajuçara (Distrito Norte I e II)**
- 2. Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina)**

- 3. Hospital dos Pescadores (Distrito Leste)**
- 4. Unidade Mista de Cidade Satélite (Distrito Sul)**
- 5. Unidade Mista de Cidade da Esperança (Distrito Oeste)**
- 6. Natal Hospital Center**
- 7. Hospital Promater**
- 8. Hospital PAPI**
- 9. Hospital da Unimed**
- 10. Casa de Saúde São Lucas**

O familiar do paciente deverá ir até a unidade de dispensação da medicação, indicada pelo médico, de posse dos 3 documentos acima descritos, tendo em vista a possibilidade de contaminação de outras pessoas, caso o doente venha a circular por locais com aglomeração, inclusive as próprias unidades de dispensação.

Os Hospitais de referência para casos suspeitos de doença respiratória aguda grave, a saber, Hospital Giselda Trigueiro (para adulto e gestante) e Hospital Maria Alice Fernandes (para crianças), não dispensarão tratamentos para outros serviços.

A Secretaria Estadual de Saúde alerta que prescrição e dispensação, não previstas nesta nota técnica, ficam sob a responsabilidade do médico responsável pela prescrição.

Considerações para as farmácias das unidades de dispensação do Ozeltamivir (Tamiflu):

- 1- Informar a Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica semanalmente o estoque e quantitativo dispensado, através de planilha específica a ser encaminhada para o telefax 3232-2588.**
- 2- Solicitar a Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica a necessidade de reposição dos tratamentos dispensados, com antecedência de 24 horas, a fim de garantir o estoque. Ressaltando que não haverá dispensação nos finais de semana e feriados.**

3- O farmacêutico responsável deverá assinar o Termo de Responsabilidade sempre que receber os tratamentos da Secretaria de Saúde Estadual, através da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica.

4- Cabe aos hospitais privados a responsabilidade de adquirir os tratamentos que serão disponibilizados pela Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica do Estado (SESAP), ou seja, as secretarias envolvidas não realizarão entrega nestes serviços.

Equipe de elaboração:

- *Stella Rosa de Sousa Leal*- INFLUENZA/ SUVIGE/ CPS/ SESAP-RN.

- *Viviane Albuquerque de Farias*- SVE/ DVS/ SMS-NATAL.

Natal, 17 de Agosto de 2009

Juliana Bruna de Araújo

Sucoordenador de Vigilância Epidemiológica

SUVIGE/ CPS/ SESAP-RN

George Antunes de Oliveira

Secretário de Estado da Saúde Pública do RN

SESAP-RN

Ilza Carla Bernardes Ribas

Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde

SMS-NATAL/ RN

Ana Tânia Lopes Sampaio

Secretária Municipal de Saúde de Natal

SMS-NATAL/ RN

ANEXO 1



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

Síndrome Gripal

Nome do Paciente:

Endereço e Telefone:

Data do início dos sintomas

Indicação: () Sinais de agravamento () Caso grave () Fator de risco

Especificar abaixo

Assinatura e Carimbo do médico

Local e data _____

Obs.: 1. Este formulário não substitui a ficha de notificação do SINAN

ANEXO 2

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)

CASO SUSPEITO DE INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO):

Todo paciente procedente de área afetada que apresente temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ E tosse OU dor de garganta OU dispnéia.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual															
	2 Agravado/doença INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)	3 Código (CID) 3 Data da Notificação J11														
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)														
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas														
Notificação Individual	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento															
	10 (ou) Idade 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante 13 Raça/Cor 1 - 1ª Trimestre 2 - 2ª Trimestre 3 - 3ª Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado														
	14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica															
	16 Nome da mãe															
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	19 Código (IBGE) 19 Distrito														
	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código														
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1														
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência	27 CEP														
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)														
	Dados Complementares do Caso															
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação 32 Ocupação															
	33 Recebeu Vacina contra Gripe 34 Se sim, data da última dose	35 Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica 36 Se sim, data da última dose														
	37 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)															
	38 Informações sobre Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>UF</th> <th>Município/Localidade</th> <th>País</th> <th>Meio de Transporte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte										
Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte												
39 Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas? 40 UF	41 Nome do Município 42 País															
Dados Clínicos	43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado															
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Coriza															
44 Comorbidade 45 Doença Metabólica Crônica																
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica <input type="checkbox"/> Renal Crônico <input type="checkbox"/> Imunodeprimido <input type="checkbox"/> Doença Metabólica Crônica <input type="checkbox"/> Pneumopatia crônica <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatia <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Outros _____																

Atendimento	45 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	46 Data da Internação	47 UF
	48 Município do Hospital	Código (IBGE)	49 Nome do Hospital	Código

Dados Laboratoriais	PCR		51 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>	52 Resultado <input type="checkbox"/>
	50 Data da Coleta	1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro	1 - Positivo 3 - Inconclusivo 2 - Negativo 4 - Não realizado	
	53 Diagnóstico Etiológico	1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso	54 Tipo H N	

Dados Laboratoriais	CULTURA		56 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>	57 Resultado <input type="checkbox"/>
	55 Data da Coleta	1 - Secreção de Nasofaringe 4 - Tecido pós-mortem 9 - Ignorado 2 - Lavado Bronco-alveolar 5 - Soro 3 - Fezes 6 - Outro	1 - Positivo 3 - Não realizado 2 - Negativo	
	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO			
	58 Data da Coleta	59 Resultado <input type="checkbox"/>	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
Dados Laboratoriais	60 Diagnóstico Etiológico		61 Tipo	
	1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 2 - Influenza A Sazonal 3 - Influenza B Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso		H N	
	RAIO X TÓRAX		63 Se sim, resultado <input type="checkbox"/>	
62 Data da Realização	1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros			

Conclusão	64 Classificação Final <input type="checkbox"/>		65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>		
	1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado 2 - Outro agente infeccioso		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
	Local Provável de Fonte de Infecção				
	66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		67 UF	68 País	
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				
	69 Município	Código (IBGE)	70 Distrito	71 Bairro	
72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
74 Data do Óbito		75 Data do Encerramento			

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função