

FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE OSELTAMIVIR - PACIENTES AMBULATORIOS



DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:	
DNI:	F. Nac.:
Género:	
Domicilio (localidad, calle, número, piso, dpto., barrio):	
Tel del paciente:	
Vacunado con vacuna antigripal (SI/NO)	Fecha de colocación de dosis:

FACTORES DE RIESGO POR LO QUE SE INDICA EL TRATAMIENTO (Marque con una X)

Embarazada	
Desnutrición grave	
Enfermedad respiratoria crónica	
Enfermedad cardiaca crónica	
Diabetes mellitus	
Enfermedad renal crónica en diálisis o con expectativas de entrar en diálisis en los próximos 6 meses	
Enfermedad hepática crónica	
Enfermedad neurológica o neuromuscular	
Enfermedad hematológica	
Inmunosupresión congénita o adquirida	
Pacientes oncohematológicos, oncológicos y trasplantados	
Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves.	
Obeso con IMC ≥40	
Retraso madurativo grave en ≤ 18 años	
Tratamiento crónico con AAS en ≤ 18 años	
Conviviente de menores de 1500 g	
Convivientes de pacientes oncohematológicos	

DATOS DE LA PRESCRIPCION (Marque con una X)

Caso sospechoso de ETI	<input type="checkbox"/>	Caso confirmado de ETI	<input type="checkbox"/>	Otros diagnósticos (aclarar):	
Fecha de inicio de síntomas (si corresponde, indicar fecha):					
Jarabe	<input type="checkbox"/>	Cápsulas	<input type="checkbox"/>		
Fecha de inicio de síntomas (si corresponde, indicar fecha):					
Dosis (en mg):					
Días de tratamiento:					
Nombre de la Institución:					
Nombre del profesional que prescribe y teléfono de contacto:					

Fecha actual	Firma y sello
--------------	---------------

FORMULARIO ÚNICO PARA SOLICITUD DE OSELTAMIVIR - PACIENTES INTERNADOS



DATOS DEL PACIENTE Y EPIDEMIOLÓGICOS

Nombre y Apellido:	
DNI:	F. Nac.:
Género:	
Domicilio (localidad, calle, número, piso, dpto., barrio):	
Vacunado con vacuna antigripal (SI/NO)	Fecha de colocación de dosis:
Presenta comorbilidades* de riesgo para Influenza (SI/NO). En caso afirmativo aclarar cuál:	

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas:	Fecha de 1° consulta:
Fecha de internación:	

Rx de tórax: Marque con una X

Normal	Patológica
--------	------------

Caso sospechoso compatible con (marque con una X)

Bronquiolitis en menores de 2 años	Enfermedad tipo influenza
Neumonía	

Características de la internación

UTI (o UTIP o Neonatología): SI/ NO	ARM: SI/NO
-------------------------------------	------------

Laboratorio virológico de influenza

Tipo de muestra	Fecha de realización	Resultado Positivo (PCR/IF/OTRO)	Resultado Negativo (PCR/IF/OTRO)	Resultado Pendiente (PCR/IF/OTRO)
Hisopado nasofaríngeo				
Aspirado nasofaríngeo				
Otras muestras				

TRATAMIENTO (Marque con una x)

Jarabe	Cápsulas
--------	----------

Dosis (en mg):

Días de tratamiento:

Nombre de la Institución:

Nombre del profesional que prescribe y teléfono de contacto:

Fecha actual	Firma y sello
--------------	---------------

***Comorbilidades**

- | | |
|---|---|
| 1. Embarazada | 11. Pacientes oncohematológicos, oncológicos y trasplantados |
| 2. Desnutrición grave | 12. Obeso con IMC ≥ 40 |
| 3. Enfermedad respiratoria crónica | 13. Retraso madurativo grave en ≤ 18 años |
| 4. Enfermedad cardíaca crónica | 14. Tratamiento crónico con AAS en ≤ 18 años |
| 5. Diabetes mellitus | 15. Conviviente de menores de 1500 g |
| 6. Enfermedad hepática crónica | 16. Convivientes de pacientes oncohematológicos |
| 7. Enfermedad neurológica o neuromuscular | 17. Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves. |
| 8. Enfermedad hematológica | |
| 9. Inmunosupresión congénita o adquirida | |
| 10. Enfermedad renal crónica en diálisis o con expectativas de entrar en diálisis en los próximos 6 meses | |