ACTUALIZACIÓN SOBRE DISPENSA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PARA INFLUENZA
Año 2019

Especificaciones sobre la logística y dispensa para los diferentes grupos de riesgo y subsectores
Anexo: Formulario único de solicitud de Oseltamivir (FUSO)

De acuerdo a lo comunicado en el memo Vigilancia y control de las IRA, deben recibir tratamiento antiviral

- Pacientes internados con Infección respiratoria aguda grave de cualquier edad
- Pacientes ambulatorios con factores de riesgo comprobados.

A continuación, se especifican los documentos y logística que se debe tener en cuenta para la dispensa de los tratamientos de acuerdo a si el paciente está internado o no y si es del subsector público, privado o de la seguridad social.

ES FUNDAMENTAL SEGUIR LA NORMA DEL MEMO IRA 2019.

Resumen: El único instrumento para la dispensa de Oseltamivir es el FUSO.

Internado		Ambulatorio	
1. Público	2. Privado y SS	3. Público	4. Privado y SS
Formulario único de Solicitud de Oseltamivir (FUSO)	Formulario único de Solicitud de Oseltamivir (FUSO)	Formulario único de Solicitud de Oseltamivir (FUSO)	Formulario único de Solicitud de Oseltamivir (FUSO)

IMPORTANTE

1. Los establecimientos privados y de la Seguridad Social deberán nombrar un Referente Operativo que será el encargado de gestionar la logística para la dispensa del Oseltamivir por paciente, en la Farmacia del Hospital Muñiz.

2. En el caso de que los pacientes de establecimientos privados y de la Seguridad Social, NO dispongan de un Referente Operativo que realice la gestión, la persona responsable de retirar la medicación deberá presentar ante dicha farmacia, *receta por duplicado* con datos completos del paciente (nombre, DNI, establecimiento, factores de riesgo que justifiquen el tratamiento; vacunación antigripal), y datos completos del profesional médico que indicó la prescripción.

3. El particular responsable de retirar la medicación deberá completar el FUSO con asistencia de la Farmacia del Hospital Muñiz, en el momento del retiro de la medicación, con su firma, DNI y aclaración.

Detalle de cada situación

1. Internado Público
Se completará el FUSO y la Farmacia del Hospital correspondiente entregará el tratamiento contra-entrega de dicho formulario.

2. Internado Privado y de la SS
El referente Operativo del establecimiento, deberá concurrir con las recetas de los pacientes y los FUSO correspondientes a la Farmacia del Hospital Muñiz donde recibirá los tratamientos solicitados.
En el caso de un particular responsable de retirar la medicación, deberá concurrir con las recetas duplicadas de los pacientes y completar los FUSO correspondientes, con asistencia de la Farmacia del Hospital Muñiz donde recibirá los tratamientos solicitados.

3. Ambulatorio Público (Hospital/CESAC/CMB)
El médico tratante completará el FUSO junto con la receta médica y la Farmacia del Hospital de su Area Programática, una vez recibido dicho Formulario, entregará la medicación. Una copia del FUSO se entregará a la Farmacia del Hospital Muñiz contra entrega de Stock.

4. Ambulatorio Privado y de la SS
Diariamente (o con la periodicidad convenida de acuerdo a la situación epidemiológica), el Referente Operativo del establecimiento solicitante rendirá las recetas y los FUSO en la Farmacia del Hospital Muñiz para la dispensa de los mismos.
En el caso de un particular responsable de retirar la medicación, deberá concurrir con las recetas duplicadas de los pacientes y completar los FUSO correspondientes, con asistencia de la Farmacia del Hospital Muñiz donde recibirá los tratamientos solicitados.

Cualquier interrogante sobre estas normativas deberán ser canalizados a través del correo electrónico epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar

Ver anexo

Anexo 1: Formulario Único para la Solicitud de Oseltamivir (FUSO)

MINISTERIO DE SALUD

Buenos Aires Ciudad

2019

FORMULARIO ÚNICO para la SOLICITUD DE OSELTAMIVIR

Su uso es obligatorio tanto para pacientes del SS público como privados y de la Seguridad Social

Quién debe recibir la medicación?

Pacientes con **factores de riesgo** con **menos de 48 horas de inicio de los síntomas**, tanto niños como adultos (el embarazo se considera factor de riesgo y se debe tratar en cualquier trimestre de la gestación).

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: …… | **Edad**..... | **Sexo**……

Dirección: Calle y nº .....

Barrio: ……..... | **Comuna** …….. | **Vacunado** SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

Provincia: ……..... | **DNI:** …….. **Internado** SI / NO (Tachar lo que no corresponda)

DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE del Profesional ..... **FECHA:** ……

Establecimiento: .....

FACTORES DE RIESGO PARA LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO

Tildar él o los factores de riesgo con una cruz (X) y especificar

FACTOR	X	Especificar
Embarazada o puérpera (hasta dos semanas > parto)		
Desnutrición grave (BMI <17) o PC < 3%		
Enfermedad respiratoria crónica (EPOC, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quísticas, asma moderado o grave)		
Enfermedad cardíaca crónica (excepto HTA, Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía, cardiopatías congénitas)		
Diabetes con complicaciones		
Enfermedad renal crónica		
Enfermedad hepática crónica		
Enfermedad neurológica o neuromuscular		
Enfermedad hematológica		
Inmunosupresión congénita o adquirida (incluyendo inducida por fármacos)		
Paciente oncohematológico (o conviviente de)		
Trasplantado		
Obeso mórbido (en adultos: IMC> 40)		
Retraso madurativo grave en menores de 18 años de vida.		
Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años.		
Convivientes de prematuros menores de 1500 g.		

Observaciones:

Firma, DNI y aclaración del profesional/

referente operativo/ particular responsable/

Firma …….....

DNI …….....

Aclaración …….