

ORIENTAÇÕES SOBRE A EXTENSÃO DA VALIDADE DO MEDICAMENTO

NMV/r

O medicamento Paxlovid® (nirmatrelvir + ritonavir) para o tratamento de Covid-19 teve o prazo de validade ampliado pelo fornecedor, sendo considerado seguro para uso, conforme informado pelo Ministério da Saúde em ofício Nº 77/2023/CGAFME/DAF/SECTICS/MS e voto nº 92/2023/SEI/DIRE2/ANVISA. As validades foram alteradas conforme Técnica Conjunta CGAFME/DAF/SECTICS/MS e CGVDI/DIMU/SVSA/MS nº38/2023, de 27/09/2023. Assim, os **lotes GF0634 e GF0635** do medicamento com validade de 30/09/2023 devem ser considerados **com nova validade de até 31/12/2023**.

Demais informações podem ser consultadas na página do fornecedor:

Site: <https://www.covid19oralrx.com/pt/pt-br> ou QRCode:



Informo que estou ciente que a validade impressa na embalagem do medicamento Paxlovid® (nirmatrelvir + ritonavir) foi ampliada para até 31/12/2023

Data: _____

Nome do paciente: _____ Data nascimento: _____

Nome do responsável pela retirada (quando aplicável): _____

Assinatura paciente/responsável retirada: _____

(via farmácia)

ORIENTAÇÕES SOBRE A EXTENSÃO DA VALIDADE DO MEDICAMENTO

NMV/r

O medicamento Paxlovid® (nirmatrelvir + ritonavir) para o tratamento de Covid-19 teve o prazo de validade ampliado pelo fornecedor, sendo considerado seguro para uso, conforme informado pelo Ministério da Saúde em ofício Nº 77/2023/CGAFME/DAF/SECTICS/MS e voto nº 92/2023/SEI/DIRE2/ANVISA. As validades foram alteradas conforme Técnica Conjunta CGAFME/DAF/SECTICS/MS e CGVDI/DIMU/SVSA/MS nº38/2023, de 27/09/2023. Assim, os **lotes GF0634 e GF0635** do medicamento com validade de 30/09/2023 devem ser considerados **com nova validade de até 31/12/2023**.

Demais informações podem ser consultadas na página do fornecedor:

Site: <https://www.covid19oralrx.com/pt/pt-br> ou QRCode:



Informo que estou ciente que a validade impressa na embalagem do medicamento Paxlovid® (nirmatrelvir + ritonavir) foi ampliada para até 31/12/2023.

Data: _____

Nome do paciente: _____ Data nascimento: _____

Nome do responsável pela retirada (quando aplicável): _____

Assinatura paciente/responsável retirada: _____

(via paciente)