

**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, o **lote** \_\_\_\_\_ do medicamento com validade de \_\_\_\_\_ deve ser considerado **com nova validade de até** \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_.**

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, o **lote** \_\_\_\_\_ do medicamento com validade de \_\_\_\_\_ deve ser considerado **com nova validade de até** \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_.**

Data: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pela retirada (quando aplicável): \_\_\_\_\_

Assinatura paciente/responsável retirada: \_\_\_\_\_

(via paciente)