S. R.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE ANTIVIRAIS ORAIS PARA A COVID-19

(Em caso de falência ou indisponibilidade da prescrição em plataforma informática)

Por favor, preencha apenas as zonas a sombreado

Identificação do/a Doente
Nome: _____
Data de nascimento: _____/_____/_____ N.º Utente SNS: _____

Diagnóstico de COVID-19
Data de início de sintomas: _____/_____/_____ Data de teste laboratorial: _____/_____/_____

Medicamento Antiviral e Posologia: _____

Declaro sob minha honra profissional que o/a doente:

1. Cumpre cumulativamente os seguintes **critérios de elegibilidade**:
   1.1 COVID-19 confirmada laboratorialmente por TAAN (RT-PCR) ou TRAg de uso profissional, e
   1.2 Doença ligeira-a-moderada[1], sem necessidade de oxigenoterapia, e
   1.3 Encontra-se nos primeiros 5 dias de sintomas, e
   1.4 Idade igual ou superior a 18 anos e
   1.5 Uma das situações do ponto 2 do presente formulário.

2. Apresenta uma das **seguintes situações clínicas** (2.1 ou 2.2):
   2.1 **Imunodepressão grave (independentemente do estado vacinal contra a COVID-19)**:
   Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou doença de enxerto vs hospedeiro; Transplante de órgão sólido pulmonar; ou transplante de outro órgão com tratamento de indução há menos de 6 meses ou com rejeição há menos de 3 meses; Realização de terapêuticas associadas a depleção linfocitária (esplenectomia ou terapêutica com alemtuzumab, leflunomida, rituximab, ocrelizumab, ofatumumab), cladribina, inibidores da calcineurina, anti-metabolitos (terapêutica com ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo, metotrexato) ou dose elevada de corticosteroides (prednisolona dose cumulativa >10mg/dia durante, pelo menos, três meses ou prednisolona >20mg/dia durante, pelo menos, duas semanas ou equivalente); Realização de inibidores da tirosina quinase Bruton, terapia com células CAR-T, ou quimioterapia para neoplasia há menos de 6 meses; Infeção por VIH-SIDA sem tratamento e com contagem de linfócitos $TCD4^+$ < 200 cél/mm^3; Síndromes de imunodeficiência primária grave sob terapêutica substitutiva de imunoglobulinas.
   2.2 **Ausência de esquema vacinal primário completo contra a COVID-19, nos termos do anexo I da norma n.º 002/2021[2] da DGS, e uma condição de risco elevada para COVID-19 grave**:
   Idade igual ou superior a 60 anos; Doença pulmonar crónica; Insuficiência cardíaca; Doença renal crónica em hemodiálise; Cirrose hepática; Diabetes sob insulinoterapia; Obesidade com IMC ≥ 35 kg/m2; Síndrome de Down; Doença Falciforme.
   Nota: Nos doentes com Cirrose Hepática Child-Pugh C e Doença Renal Crónica em hemodiálise, a **administração de antivirais orais está contraindicada**, devendo ser consideradas outras opções terapêuticas, em contexto hospitalar.

3. Não apresente interações medicamentosas que contraindiquem a administração de antivirais orais para a COVID-19, nos termos da norma n.º 005/2022, de 28/05/2022, da DGS[3].

4. Foi realizada a conciliação terapêutica nos termos do Anexo I da norma n.º 005/2022, de 28/05/2022, da DGS[3] (se clinicamente aplicável).

Local e data da prescrição: _____, _____/_____/_____ **Contato**: _____
Nome do Médico Prescritor: _____ **Cédula Profissional: M**_____
Assinatura: _____ **Vinheta:** Vinheta

---

[1] **Doença ligeira**: sintomas ligeiros;
Doença moderada: febre com 3 ou mais dias de duração, ou dispneia mas com saturação periférica de O2 ≥ 90% (ou ≥ 92% na idade pediátrica) em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;
De acordo com a norma n.º 004/2020 da DGS, *in* Anexo I, quadro 1: Gravidade da apresentação clínica.

[2] Adaptada à R.A.M., circular normativa n.º 1484, de 09/09/2022.

[3] Adaptada à R.A.M., circular normativa n.º 0001, de 02/01/2023.

Rua 31 de Janeiro, n.os 54 e 55 | 9054-511 Funchal | T. +351 291 145 050
www.madeira.gov.pt/drs | drs@madeira.gov.pt | NIF: 600 086 623