



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

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS ANTIVIRAIS ORAIS
(Para utilização exclusiva em caso de 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: __/__/____

MEDICAMENTO ANTIVIRAL E POSOLOGIA: _____

1. Declaro sob minha honra profissional que o/a doente apresenta COVID-19 confirmada com teste de uso profissional, de gravidade ligeira a moderada, sem necessidade de oxigenoterapia *de novo*, e que cumpre uma das situações seguintes:

a. Imunossupressão grave:

- **Transplante** pulmonar ou cardíaco, independentemente do tempo de transplante;
- Transplante alogénico de células progenitoras hematopoiéticas há menos de 1 ano ou doença de enxerto *vs* hospedeiro; ou transplante de outro órgão com indução ou com rejeição há menos de 6 meses;
- Realização de terapêuticas associadas a **depleção linfocitária** (esplenectomia ou terapêutica com anti-CD20, anti-CD52, leflunomida), cladribina, inibidores da calcineurina, anti-metabolitos (ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo, metotrexato); prednisolona em dose cumulativa > 10 mg/dia durante, pelo menos, três meses; ou prednisolona > 20 mg/dia durante, pelo menos, duas semanas;
- Realização de **inibidores da tirosina quinase Bruton** ou terapia com **CAR-T** há menos de 6 meses;
- Realização de **quimioterapia ou radioterapia** para neoplasia há menos de 6 meses;
- Infecção por **VIH sem tratamento** e com contagem de linfócitos TCD4* < 200 cél./mm³;
- Síndromes de **imunodeficiência primária** grave.

b. Uma das seguintes condições de risco para COVID-19 grave e ausência de infecção documentada ou de vacinação contra a COVID-19 nos 6 meses precedentes: Doença pulmonar crónica, Insuficiência cardíaca crónica, Insuficiência renal crónica, Cirrose hepática, Diabetes *mellitus*, Síndrome de *Down*, Doença Falciforme, Idade igual ou superior a 60 anos, ou Obesidade com IMC ≥ 35 kg/m².

2. O/A doente não apresenta interações medicamentosas que contraindiquem a administração de antivirais orais para a COVID-19, nos termos da Norma n.º 005/2022¹.

3. Foi realizada a conciliação da terapêutica nos termos do Anexo I da Norma n.º 005/2022¹ (se clinicamente aplicável).

Local e data da prescrição: _____, __/__/____

Contato: _____

Nome do Médico Prescritor: _____

Nº Ordem dos Médicos: _____

Assinatura: _____

Vinheta:

Vinheta

¹ Adaptada à R.A.M., circular normativa n.º S 34, de 06/01/2023.

