



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

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSA DE ANTICORPOS MONOCLONAIS ANTI-SARS-CoV-2

Por favor, preencha apenas as zonas a sombreado.

IDENTIFICAÇÃO DO/A DOENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N.º Utente SNS: \_\_\_\_\_

ANTICORPO MONOCLONAL ANTI-SARS-CoV-2: \_\_\_\_\_

Declaro sob minha honra profissional que o/a doente:

1. Cumpre cumulativamente os seguintes critérios de elegibilidade:

- Idade igual ou superior a 12 anos;
- Peso corporal igual ou superior a 40 Kg;
- Teste laboratorial para SARS-CoV-2 negativo;
- Uma das situações do ponto 2 do presente formulário.

2. Apresenta uma das seguintes condições de Imunossupressão muito grave:

- Transplante alogénico de células hematopoiéticas há menos de 1 ano, ou doença enxerto vs hospedeiro;
- Transplante de coração e/ou pulmão;
- Transplante de órgão sólido com tratamento de indução há menos de 1 ano, ou com tratamento para rejeição com depleção linfocitária B ou T no último ano;
- Neoplasia hematológica com realização de quimioterapia sistémica nos últimos 12 meses;
- Terapêutica de depleção linfocitária (rituximab, ocrelizumab, ofatumumab ou alemtuzumab) nos últimos 6 meses;
- Síndromes de imunodeficiência primária grave;
- Infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) sem tratamento e com contagens de linfócitos TCD4+ inferiores a 200 cel/mm<sup>3</sup>.

3. Não apresenta contraindicações à administração de anticorpos monoclonais, nos termos da Norma n.º 015/2022<sup>1</sup>, como reações de hipersensibilidade ou anafilaxia a administrações prévias de anticorpos monoclonais.

4. Foi prestada **informação**, ao doente, sobre o medicamento a ser administrado, vigilância de sinais e sintomas de alarme, potenciais reações adversas e efeitos secundários.

Local e data de prescrição: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Nome do Médico Prescritor: \_\_\_\_\_ N.º Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Vinheta

<sup>1</sup> Adaptada à RAM, circulares normativas n.º 2028, de 29/12/2022 e n.º 26, de 05/01/2023.

