



Oficina del Oficial Principal Medico

#Registro:

Plan médico:

**Hoja de Evaluación de Pacientes Antivirales Orales**

NOMBRE:	APELLIDOS:	TEL:
---------	------------	------

PESO:	ESTATURA:	SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:
-------	-----------	-------	-------	----------------------

VACUNACIÓN COVID-19: SI \_\_\_ NO \_\_\_ NÚMERO DE DOSIS: \_\_\_\_\_ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: \_\_\_\_\_  
 MARCA DE VACUNA (Incluir múltiple marca si aplica, ej.: 1ra dosis Pfizer, 2nd dosis Moderna) \_\_\_\_\_

PRUEBA REALIZADA CON PRODH: \_\_\_\_\_ PRUEBA REALIZADA EN LAB. PRIVADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA PRUEBA POSITIVA DE COVID-19: \_\_\_\_\_ FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS: \_\_\_\_\_

*Indique las condiciones crónicas:*

- Diabetes
- Asma
- Renal Crónica
- COPD
- Hipertensión
- Desorden de Neurodesarrollo
- Enfermedad Cardiovascular
- Insuficiencia renal (leve, moderada, severa)
- Insuficiencia hepática (leve, moderada, severa)
- Otra: \_\_\_\_\_

EMBARAZO: SI \_\_\_ NO \_\_\_

MADRE LACTANTE: SI \_\_\_ NO \_\_\_

MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Criterios de inclusión para candidatos a tratamiento antiviral**

PAXLOVID	MOLNUPIRAVIR
<input type="checkbox"/> Prueba positiva de COVID-19 (PCR o de Antígeno)	<input type="checkbox"/> Prueba positiva de COVID-19 (PCR o de Antígeno)
<input type="checkbox"/> Paciente con enfermedad de leve a moderada por COVID-19 a riesgo de desarrollar enfermedad severa, hospitalización y/o muerte.	<input type="checkbox"/> Paciente con enfermedad de leve a moderada por COVID-19 a riesgo de desarrollar enfermedad severa, hospitalización y/o muerte.
<input type="checkbox"/> Paciente en los primeros 5 días del comienzo de síntomas.	<input type="checkbox"/> Paciente en los primeros 5 días del comienzo de síntomas.
<input type="checkbox"/> Tener <u>12 años o más</u> (peso mayor o igual de 40 kg. (88lb.))	<input type="checkbox"/> Tener <u>18 años o más</u>

**Contraindicaciones**

<input type="checkbox"/> Paciente que requiere hospitalización debido a COVID-19 severo.	<i>(Ver consideraciones especiales)</i>
<input type="checkbox"/> Coadministración con drogas que modifiquen el CYP3A (inductores o inhibidores).	
<input type="checkbox"/> Paciente con historial significativo de reacciones de hipersensibilidad a los ingredientes activos del medicamento (nirmatrelvir o ritonavir) o a cualquier otro componente	

Antiviral Recomendado:

Fecha cuando se realizó la evaluación: \_\_\_\_\_ Evaluación realizada por: \_\_\_\_\_



## RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

# de Licencia: \_\_\_\_\_



## EVALUACIÓN

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

S: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O: HR \_\_\_/min      BP: \_\_\_S/\_\_\_D      RR: \_\_\_/min      Temp. \_\_\_C/F  
HT: \_\_\_in      Wt: \_\_\_lbs.      BMI: \_\_\_lbs./in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

P: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, MD

# de Licencia: \_\_\_\_\_

NPI # \_\_\_\_\_



## Preguntas

- | Sí                       | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente $\geq$ de 12 años  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente presenta resultado de prueba positiva para SARS-CoV-2, ya sea antígeno o PCR?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente presenta enfermedad de COVID-19 de leve a moderada?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente pesa más de 88 libras (40 kg)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente tiene un alto riesgo de progresar a enfermedad grave (i.e., hospitalización y/o muerte)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente presenta síntomas de infección por COVID-19 de $\leq$ 5-7 días?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente se ha sido evaluado por médico y otro personal clínico autorizado por ley del estado a prescribir drogas terapéuticas de la clase a la que pertenece Paxlovid, Molnupiravir, o Bebtelovimab?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente ha sido informado que la administración de uso de Paxlovid, Molnupiravir, o Bebtelovimab están autorizados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) bajo un estatuto de Autorización de Uso de Emergencia (EUA)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente reconoce que el estatuto de EUA es otorgado en virtud de que los beneficios conocidos y potenciales de estos productos superan los riesgos conocidos?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente padece de enfermedad renal? <ul style="list-style-type: none"><li>○ Si el paciente padece de enfermedad renal moderada (i.e., GFR<math>&gt;</math>30 a 60 mL/min) ajustar la dosis de Nirmatrelvir a 150 mg tomada BID con 100 mg de Ritonavir.</li><li>○ Con Molnupiravir no se necesita ajuste de dosis con insuficiencia renal.</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente padece de enfermedad renal severa (i.e., GFR $>$ 30 mL/min)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente padece de enfermedad hepática (i.e., Child-Pugh class C)? <ul style="list-style-type: none"><li>○ Con Molnupiravir no se necesita ajuste de dosis con insuficiencia hepática.</li></ul>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Paciente tiene historial de hipersensibilidad a alguno de los ingredientes activos del antiviral?   |



Oficina del Oficial Principal Medico

- ¿Paciente tiene historial de hipersensibilidad a alguno de los ingredientes activos del antiviral?
  
- ¿Paciente toma fármacos altamente dependientes del CYP3A?
  - Antagonista de los receptores adrenérgicos alfa 1: alfuzosina
  - Analgésicos: petidina, piroxicam, propoxifeno
  - Anti-angina: ranolazina
  - Antiarrítmico: amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona, quinidina
  - Anti-gota: colchinia
  - Antipsicóticos: lurasidona, pimozida, clozapina
  - Derivados de Ergot: dihidroergotamina, ergotamina, metilergonavina
  - Inhibidores de HMG-CoA reductasa: lovastatina, simvastatina
  - Inhibidor de la PDE5: sildenafil (para tratamiento hipertensión pulmonar)
  - Sedantes / hipnóticos: triazolam, midazolam oral
  - Medicamentos contra el cáncer: apalutamida
  - Anticonvulsivo: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína
  - Antimicobacterianos: rifampicina
  - Productos a base de hierbas: hierba de San Juan "St. John's wort (Hypericum perforatum)
  
- ¿Paciente está embarazada o a riesgo de estar embarazada?**
  - ***Molnupiravir no se recomienda su uso durante el embarazo sin antes consultar con su médico – documentar que los beneficios y los riesgos fueron comunicados a la persona embarazada.***
  - ***Informar a la mujer en edad reproductiva sobre los riesgos potenciales para el feto al utilizar Molnupiravir. Se debe orientar al paciente a utilizar algún método anticonceptivo eficaz de forma correcta y sistemática, según corresponda, durante el tratamiento con Molnupiravir y durante 4 días después de la dosis final.***
  - ***En hombres se recomienda el uso de contraceptivo confiables por al menos 3 meses después de la dosis final.***
  
- ¿Paciente lacta infante?
  - No se recomienda la lactancia materna durante el tratamiento con Molnupiravir y durante al menos 4 días después de la dosis final.