



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: _____					
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
☐ Paciente con enfermedad de leve a moderada por COVID-19 a riesgo de desarrollar enfermedad severa, hospitalización y/o muerte.	☐ Paciente con enfermedad de leve a moderada por COVID-19 a riesgo de desarrollar enfermedad severa, hospitalización y/o muerte.
☐ Paciente en los primeros 5 días del comienzo de síntomas.	☐ Paciente en los primeros 5 días del comienzo de síntomas.
☐ Tener <u>12 años o más</u> (peso mayor o igual de 40 kg. (88lb.))	☐ Tener <u>18 años o más</u>
Contraindicaciones	
☐ Paciente que requiere hospitalización debido a COVID-19 severo. ☐ Coadministración con drogas que modifiquen el CYP3A (inductores o inhibidores). ☐ Paciente con historial significativo de reacciones de hipersensibilidad a los ingredientes activos del medicamento (nirmatrelvir o ritonavir) o a cualquier otro componente	(Ver consideraciones especiales)
Antiviral Recomendado:	

Consideraciones especiales:

*El antiviral oral *Paxlovid* requiere un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada y no está indicado para pacientes con insuficiencia renal severa y/o daño hepático severo.

*El antiviral oral *Molnupiravir* no está recomendado para mujeres embarazadas. Además, no se recomienda la lactancia materna durante el tratamiento con *Molnupiravir* y durante al menos 4 días después de la dosis final.

Fecha cuando se realizó la evaluación: _____ Evaluación realizada por: _____