



**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
<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"/> <u>Tener 18 años o más</u>

Contraindicaciones

<input type="checkbox"/> Paciente que requiere hospitalización debido a COVID-19 severo. <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	(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: _____