



GOVERNO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde

**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DO
MEDICAMENTO NIRMATRELVIR/RITONAVIR (NMV/r) PARA
O TRATAMENTO DE COVID-19 TRATAMENTO POR 5 (CINCO)
DIAS**

Nota Técnica GEPAF/DGAF/SEAS/SES/PE nº 03/2022



DIRETORIA GERAL DE
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
SECRETARIA EXECUTIVA DE
ATENÇÃO À SAÚDE

Declaro, para fins de solicitação da associação de medicamentos Nirmatrelvir/Ritonavir (NMV/r)* que **o(a) paciente** _____

apresenta os critérios de elegibilidade elencados abaixo:

- COVID-19 confirmada E sintomática por 5 (cinco) dias ou menos (o dia de início dos sintomas é considerado o primeiro dia) E ≥ 65 anos **OU** ≥ 18 anos com imunossupressão (conforme relação abaixo neste formulário).

Os sintomas de COVID-19 iniciaram no dia: ____/____/____

Teste diagnóstico de covid-19: TR-Ag, RT-qPCR ou LAMP: () POSITIVO () NEGATIVO

Data do exame: ____/____/____.

Serão aceitos resultados reagentes/detectáveis de testes rápidos de antígeno, exceto autoteste.

a) Dados de identificação do paciente:

CPF do paciente: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

Data de Nascimento: _____

Caso não seja possível o contato direto com o paciente, quem poderia ser contatado?

Nome do contato direto do(a) paciente: _____

Telefone do contato com o(a) paciente: _____

Observação: _____

b) Dados residenciais e de contato do paciente:

Logradouro (rua, avenida, etc.): _____ Nº: _____

Complemento (apto., casa, etc.): _____ CEP: _____

Município/UF: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Zona(1 - urbana; 2- rural; 3 - periurbana; 9 - Ignorado): _____

País (se residente fora do Brasil): _____

c) Dados de Saúde do paciente:

- Peso: _____ Kg (**Contraindicado para pacientes com peso inferior a 40 Kg**)

- Paciente é imunossuprimido: () SIM () NÃO

- Paciente tem insuficiência hepática grave: () SIM () NÃO

(NÃO é recomendado para casos de insuficiência hepática grave)

- Paciente tem insuficiência renal, com TGFe ≥ 30 a < 60 mL/min? : () SIM () NÃO

(Em pacientes com insuficiência renal moderada (TFGe ≥ 30 a < 60 mL/min), a dose deve ser reduzida para 150 mg de nirmatrelvir (metade da dose padrão) e 100 mg de ritonavir, tomados em conjunto duas vezes/dia, durante 5 dias).

- Paciente tem insuficiência renal grave, com TGFe < 30 mL/min? : () SIM () NÃO

(Em pacientes com insuficiência renal grave (TFGe < 30 mL/min) ou que requerem diálise, o nirmatrelvir é contraindicado)

d) Critério utilizado para indicação do tratamento com NMV/r*:

Critérios utilizados para a indicação do tratamento com uso de NMV/r:

- () Grupo 1: Indivíduo ≥ 18 anos com imunossupressão de alto grau ou indivíduo com idade ≥75 anos, independentemente de comorbidade;
- () Grupo 2: Indivíduo ≥ 65 anos, com pelo menos duas comorbidades;
- () Grupo 3: Indivíduo ≥ 65 anos, com apenas uma comorbidade;
- () Grupo 4: Indivíduo ≥ 65 anos, sem comorbidades;
- () Grupo 5: Indivíduo com imunossupressão de baixo grau, igual ≥ 18 anos.

e) Assinalar o tipo de imunossupressão apresentada pelo(a) paciente conforme Grupos de indicação:

() Grupo 1: Indivíduos ≥ 18 anos com imunossupressão de alto grau ou pessoas com idade ≥75 anos, independentemente de comorbidade:

- () Imunodeficiência primária grave ou erros inatos da imunidade;
- () Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras;
- () Pessoas vivendo com HIV/AIDS com CD4 < 200 céls/mm³ (últimos 6 meses) ou ausência/abandono de tratamento;
- () Uso de corticoides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona ou equivalente, por um período ≥ 14 dias ou em pulsoterapia com metilprednisolona;
- () Insuficiência renal crônica não dialítica, com TFG ≥ 30mL/min;
- () Doenças imunomediadas inflamatórias crônicas, autoimunes e autoinflamatórias em tratamento com medicamentos modificadores da resposta imune;
- () Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses.

() Grupo 2: Indivíduos ≥ 65 anos, com pelo menos duas comorbidades.

() Grupo 3: Indivíduos ≥ 65 anos, com apenas uma comorbidade.

Para os Grupos 2 e 3 – Relação de Comorbidades

Indicar a(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente:

○	Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes.
○	Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, ou internação prévia por crise asmática, ou uso de doses altas de corticoide inalatório e de um segundo medicamento de controle no ano anterior).
○	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	Condição em que a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes terapêuticas, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão, ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.
○	Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg, independentemente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA).
○	Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo	PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de LOA.
○	Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe

		funcional da New York Heart Association (NYHA).
○	Cor pulmonale e hipertensão pulmonar	<i>Cor pulmonale</i> crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
○	Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).
○	Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (<i>angina pectoris</i> estável, cardiopatia isquêmica, pós-infarto agudo do miocárdio, entre outras).
○	Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, entre outras).
○	Miocardopatias e pericardopatias	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
○	Doenças da aorta e dos grandes vasos; fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
○	Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais, entre outras).
○	Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica; crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
○	Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardioversores desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
○	Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório, demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória; indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
○	Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior
○	Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 .
○	Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21.
○	Cirrose hepática	Cirrose hepática classes A e B no escore Child-Pugh.

() Grupo 4: Indivíduos ≥ 65 anos, sem comorbidades.

() Grupo 5: Indivíduos com imunossupressão de baixo grau, idade ≥ 18 anos.

Situações de Baixo Grau de Imunossupressão:

- () Corticóide em doses menores que as definidas para alto grau por mais de 14 dias ou dias alternados;
- () Metotrexato em doses de 0,4 mg/kg/semana;
- () Azatioprina ≤ 3 mg/kg/dia;
- () 6-mercaptopurina $\leq 1,5$ mg/kg/dia.

Tratamento proposto:

(A prescrição do médico assistente deverá ser realizada após checagem de todos os medicamentos utilizados pelo(a) paciente, exames e critérios de indicação de uso do NMV/r)

() **Indicação Geral:** Nirmatrelvir 300 mg (2 comprimidos) com ritonavir 100 mg (1 comprimido), 2 vezes ao dia, por 5 dias.

() **Indicação para Paciente com Insuficiência Renal Moderada, com TGF α \geq 30 a < 60 mL/min:** Ajuste da dose para Nirmatrelvir 150 mg (1 comprimido) com ritonavir 100 mg (1 comprimido), 2 vezes ao dia, por 5 dias.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data preenchimento

O paciente autoriza o compartilhamento dos dados pessoais constantes neste Formulário de Prescrição entre órgãos do Ministério da Saúde e instituições de pesquisa para convite posterior, visando participar de estudo que avaliará os efeitos do medicamento nirmatrelvir/ritonavir para o tratamento da COVID-19?

() SIM

() NÃO

Assinatura do(a) paciente: _____

f) Dados da Unidade de Saúde Solicitante:

Unidade de Saúde: _____

Código CNES: _____

Município: _____ Telefone: _____