

**ANEXO II-A - TERMO DE RESPONSABILIDADE/ ESCLARECIMENTO PARA
MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER
IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____ do sexo masculino feminino , com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de MOLNUPIRAVIR.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto não é recomendado durante a gravidez e que não há dados humanos disponíveis sobre o uso de medicamento a base de molnupiravir em gestantes para avaliar o risco de defeitos congênitos maiores, aborto espontâneo ou desfechos maternos ou fetais adversos. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de molnupiravir a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira sobre o uso do medicamento.
5. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente, que providenciará a inutilização.
6. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____

C.R.M.: _____

Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____, nº Carteira de Identidade _____ Órgão Expedidor _____ residente na rua _____ Cidade _____, Estado _____ e telefone (____) _____ - _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI MOLNUPIRAVIR

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que entendi as orientações prestadas.

Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de Locomoção:

Eu, _____, R.G. _____,
órgão expedidor _____, responsável pelo (a) paciente
_____, comprometo-me a repassar
todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade
solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

**ANEXO II-B - TERMO DE RESPONSABILIDADE/ ESCLARECIMENTO PARA
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou responsável pelo tratamento e acompanhamento da paciente _____ do sexo feminino, com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de MOLNUPIRAVIR.

1. Informe verbalmente a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de MOLNUPIRAVIR não é recomendado durante a gravidez e que não há dados humanos disponíveis sobre o uso de medicamento a base de MOLNUPIRAVIR em gestantes para avaliar o risco de defeitos congênitos maiores, aborto espontâneo ou desfechos maternos ou fetais adversos.

2. Expliquei verbalmente que a paciente deve usar um método contraceptivo confiável (contracepção) de forma consistente e correta durante o tratamento com o medicamento à base de MOLNUPIRAVIR e por 4 dias após a última dose.

3. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento à base de MOLNUPIRAVIR a outra pessoa, deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.

4. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.

5. Constatei, por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

Data do teste: ____ / ____ / ____

Resultado: _____

Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____

6. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo:

Métodos anticoncepcionais em uso:

_____ Data do início: ____ / ____ / ____

_____ Data do início: ____ / ____ / ____

Procedimento de esterilização definitiva:

Qual? _____ Data: ____ / ____ / ____

7. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8. Informe verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.

10. Certifique-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____

C.R.M.: _____

Data: ____ / ____ / ____

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____, nº Carteira de Identidade _____ Órgão Expedidor _____ residente na rua _____ Cidade _____, Estado _____ e telefone (____) _____ - _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI MOLNUIPIRAVIR

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer. Declaro ainda que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 2, após o tratamento. Entendo que este medicamento é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de Locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável pelo (a) paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____