

**Demande d'HAD pour administration de traitement par anticorps dans un contexte de Covid**

Date de la demande : ... / ... / ...

Médecin Prescripteur : .....

Adresse : .....

☎ : .....

☎ : .....

**LE PATIENT**

Civilité : Mr/ Mme

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ... / ... / ...

Adresse : .....

☎ : .....

☎ : .....

Si nécessaire, personne à joindre pour préparer l'HAD : .....

Accord Patient / Entourage : ☐ Oui

☐ Non

**ELEMENTS CLINIQUES**

☐ Infecté :      Symptômes : ☐ Oui ☐ Non      Date des symptômes : ... / ... / ...

Date de PCR : ... / ... / ...

Criblage ☐ Oui ☐ Non

Variant ☐ delta ☐ Omicron ☐ autre .....

Nom du laboratoire de biologie : .....

Fièvre :      ☐ Oui ☐ Non

Dyspnée :      ☐ Oui ☐ Non

Encombrement :      ☐ Oui ☐ Non

Nausées/vomissements : ☐ Oui ☐ Non

Diarrhée :      ☐ Oui ☐ Non

Perte goût/odorat :      ☐ Oui ☐ Non

☐ Cas contact : Date du contact : ... / ... / ...

Date PCR : ... / ... / ...

☐ Non répondeur : Nombre de vaccins : ....

Date dernière dose : ... / ... / ...

Sérologie (BAU) : .....

**Risque de complications :**

☐ Thrombopénie (taux des plaquettes.....)

☐ Diabète

☐ Traitement anticoagulant

☐ HTA

☐ Dyslipidémie

☐ Tabagisme

☐ Obésité

☐ Sujet Agé

**CRITERES D'ELIGIBILITE**

**Patients ayant un déficit de l'immunité lié à une pathologie ou à des traitements :**

☐ Chimiothérapie en cours pour les patients pour les patients de neuro-oncologie ou hématologie

☐ Lupus systémique vascularites avec traitement immunosuppresseur

☐ Transplantation d'organisme

☐ Traitement par corticoïde > 10 mg/j d'équivalent Prednisone pendant plus de 2 semaines

☐ Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

☐ Traitement immunosuppresseur incluant rituximab

☐ Maladie rénale avec DFG > 30 ml/min ou dialyse