

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 immunosupresseur

Transplantation d'organisme

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

Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

Traitement immunosupresseur incluant rituximab

Maladie rénale avec DFG > 30 ml/min ou dialyse