

A FAXER AU 03.83.28.48.79 ou accueil.hadan@hadan.fr

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Médecin Prescripteur : ☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / _____

LE PATIENT

Civilité : Mr Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / _____

Adresse :

.....

.....

Nom et prénom du médecin traitant :

Si nécessaire, personne à joindre pour préparer l'HAD (aidant du patient) :

☎ : ___ / ___ / ___ / ___ / _____

ELEMENTS CLINIQUES

Antécédents :

Vaccination COVID-19 : OUI NON

Si oui, nombre de doses :

Patient porteur de BMR : OUI NON

Traitement :

Anticoagulant : OUI NON

Autres traitements :

CRITERES D'ELIGIBILITE



Patients adultes de 18 ans et plus :

<input type="checkbox"/> Faiblement ou non répondeurs après un schéma vaccinal complet	<p><u>CATEGORIES DE PATIENTS A SELECTIONNER :</u></p> <input type="checkbox"/> Receveurs de greffes d'organes solides, <input type="checkbox"/> Receveurs d'une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, <input type="checkbox"/> Hémopathies lymphoïdes : leucémies lymphoïdes chroniques traitées ou non, lymphomes non hodgkiniens et myélomes sous traitement, y compris les patients receveurs de thérapie cellulaire génique de type CAR-T cell ou d'anticorps thérapeutiques bi-phénotypiques, <input type="checkbox"/> Patients recevant un traitement par anticorps anti-CD20 ou inhibiteurs de BTK ou azathioprine, cyclophosphamide et mycophénolate mofétil, <input type="checkbox"/> Sujets porteurs d'un déficit immunitaire primitif
<input type="checkbox"/> Non éligibles à la vaccination et qui sont à haut risque de forme sévère de COVID-19	

Date d'entrée en HAD souhaitée le : ___ / ___ / _____

IMPORTANT

✓ **Avec la demande**, joindre impérativement **l'ordonnance d'EVUSHELD®**

Nom du médecin :

Signature et cachet :