

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

Contre-indication à
injection intra-musculaire : OUI NON

Patient porteur de BMR : OUI NON

Traitement :

Anticoagulant : OUI NON

Autres traitements :

CRITERES D'ELIGIBILITE

Patients adultes et les adolescents (âgés de 12 ans et plus, pesant au moins 40 kg) :

Ayant un déficit de l'immunité lié à une pathologie ou à des traitements et faiblement ou non répondeurs après un schéma vaccinal complet conformément aux recommandations en vigueur

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 :