

J'ai la COVID-19: conditions d'éligibilité au traitement par Ronapreve[▼] (Casirivimab et Imdevimab)

MA SITUATION

- J'ai été testé positif à la COVID-19 et j'ai des symptômes légers à modérés depuis 5 jours ou moins
- Je ne suis pas hospitalisé et je ne nécessite pas d'oxygène supplémentaire
- Je ne suis pas vacciné ou j'ai un risque de réponse vaccinale insuffisante
- J'ai 12 ans au minimum et mon poids est d'au moins 40 kg
- Je présente un risque particulièrement élevé de forme sévère de COVID-19 parce que j'ai un ou plusieurs facteurs de risques repris ci-dessous*
 - J'ai reçu une greffe d'organe solide, y compris les personnes inscrites sur liste d'attente
 - J'ai reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques, au cours des 6 mois précédents ou sous traitement immunosuppresseur
 - Je présente un cancer ou une hémopathie maligne sous traitement (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie)
 - Je suis un traitement par rituximab
 - Je présente des déficits immunitaires congénitaux
 - Je suis un adulte trisomique 23
 - J'ai une immunodéficience acquise
 - Je présente une affection chronique sévère
 - Je souffre de maladie cardiovasculaire sévère
 - J'ai un déficit neurocognitif majeur
 - Je présente une maladie rénale
 - J'ai une cirrhose
 - Je présente une obésité morbide
 - J'ai une maladie neuromusculaire avec répercussions cliniques
 - Je suis un adulte âgé de 65 ans et plus

Je contacte immédiatement mon médecin généraliste, le spécialiste qui me suit ou tout autre médecin de première ligne pour envisager le traitement adapté à ma situation et être pris en charge le plus rapidement possible

Mon médecin évalue mes besoins thérapeutiques ainsi que mon éligibilité au traitement par casirivimab & imdevimab et remplit le cas échéant le formulaire qui demande ma prise en charge par le service national des maladies infectieuses (SNMI-CHL)

Mon médecin prend directement contact avec le SNMI du CHL pour l'informer de la demande de prise en charge

Attention: le médecin de garde du SNMI décide si vous êtes éligible au traitement

J'attends ma confirmation de rendez-vous de la part du SNMI du CHL

Je me rends au CHL pour mon traitement.

A tout moment, je respecte les gestes barrières pour me protéger et protéger les autres

- Je reçois le traitement par perfusion intraveineuse
- Je suis surveillé pendant 1 heure
- Je suis informé de la conduite à adopter les jours suivant mon traitement
- En l'absence de complications, je rentre à mon domicile

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté.

SmPC 12/11/2021; Disponible sur <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ronapreve#productinformation-section>

* <https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/covid-19/l-utilisation-des-ACMC-dans-prise-en-charge-de-COVID19.html>

COVID-19: conditions d'éligibilité au traitement par Ronapreve[▼] (Casirivimab et Imdevimab)

LA SITUATION

Je soussigné Dr

atteste que mon/ma patient(e) Mr/Mme
a été testé(e) positif(ve) à la COVID-19 et a des symptômes légers à modérés depuis 5 jours
ou moins

Cochez ce qui convient

- Le patient n'est pas hospitalisé et ne nécessite pas d'oxygène supplémentaire
 - Le patient n'est pas vacciné ou a un risque de réponse vaccinale insuffisante
 - Le patient a au minimum 12 ans et son poids est d'au moins 40 kg
 - Le patient présente un risque particulièrement élevé de forme sévère de COVID-19 parce qu'il a un ou plusieurs facteurs de risques repris ci-dessous (cochez le/les facteur(s) de risque)*
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Greffe d'organe solide, y compris personnes inscrites sur une liste d'attente | <input type="checkbox"/> Affection respiratoire chronique sévère |
| <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches hématopoïétiques, au cours des 6 mois précédents ou sous traitement immunosuppresseur | <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire sévère |
| <input type="checkbox"/> Cancers et hémopathies malignes sous traitement (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie) | <input type="checkbox"/> Déficit neurocognitif majeur |
| <input type="checkbox"/> Traitement par rituximab | <input type="checkbox"/> Maladie rénale |
| <input type="checkbox"/> Déficits immunitaires congénitaux | <input type="checkbox"/> Cirrhose |
| <input type="checkbox"/> Adultes avec trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Obésité morbide |
| <input type="checkbox"/> Immunodéficience acquise | <input type="checkbox"/> Maladie neuromusculaire avec répercussions cliniques |
| | <input type="checkbox"/> Adulte âgé de 65 ans et plus |

J'atteste que Mr/Mme

répond aux critères d'éligibilité au traitement par casirivimab & imdevimab et je demande sa prise en charge par le service national des maladies infectieuses (CHL)

Date

Signature Cachet du médecin

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté.

SmPC 12/11/2021; Disponible sur <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ronapreve#productinformation-section>

* <https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/covid-19/l-utilisation-des-ACMC-dans-prise-en-charge-de-COVID19.html>