

Checkliste Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2

Besteht bei dem Patienten/ der Patientin der Verdacht auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Virusvariante (z.B. bei Kontakt zu einem bestätigten Fall mit SARS-CoV-2-Virusvariante oder Aufenthalt in einem Risikogebiet oder einem Gebiet in Deutschland mit vermehrtem Auftreten von Virusvarianten)?

☐ ja

Variante _____

☐ Verdacht

☐ nachgewiesen

☐ nein

Bitte die **ausgefüllte Checkliste** zusammen mit dem **ausgefüllten hausärztlichen Aufklärungsbogen** sowie dem **positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis** an die Praxis Doktores Löw faxen.

(09142-973976)

Unsere Rückmeldung erhalten Sie als Antwort-Fax. Bitte kontaktieren Sie im Anschluss den Patienten.

Sollten Sie keine Rückmeldung innerhalb von 2-3 h von uns erhalten, rufen Sie uns bitte unter Tel.: 09142-8624 an.

Datum

Name

Unterschrift

Checkliste Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2

Patient: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse: Wohnort: Erreichbarkeit (Telefon, Mobiltelefon):	Arztpraxis:
--	--------------------

Patient/Patientin ist Erwachsene(r) oder Kind ≥ 12 Jahre und ≥ 40 kg Körpergewicht	☐
Keine Krankenhausbehandlung aufgrund COVID-19 Symptomatik notwendig	☐
Patient benötigt <u>keine</u> Sauerstofftherapie aufgrund COVID-19 Erkrankung (bzw. <u>kein</u> zunehmender Sauerstoffbedarf bei chron. Sauerstofftherapie aufgrund präexistierender Komorbidität)	☐
Positiver SARS-CoV-2-PCR-Test (max. 3 Tage alt)	☐
Milde bis moderate Symptomatik (seit max. 5 Tagen bestehend)	☐
Risikofaktor(en) für schweren Verlauf (Definition gemäß PEI):	
Alter ≥ 60 Jahre	☐
Übergewicht ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) oder $BMI \text{ (kg/m}^2) \geq 95$. Perzentile für Alter und Geschlecht (12 - 17 Jahre)	☐
kardiovaskuläre Erkrankungen, einschließlich Hypertonie	☐
chronische Lungenerkrankungen einschließlich Asthma	☐
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	☐
chronische Nierenerkrankungen einschließlich Dialysepatienten	☐
chronische Lebererkrankungen	☐
Immunsuppression, basierend auf der Einschätzung des behandelnden Arztes, z.B. Tumorpatienten, Knochenmark- oder Organtransplantierte Patienten, Patienten mit Immunschwäche, HIV-Patienten, deren Erkrankung ungenügend kontrolliert ist, Patienten mit Sichelzellanämie oder Thalassämie und Patienten mit anhaltender Behandlung mit Immunsuppressiva	☐
Die „Informationen für Angehörige der medizinische Fachkreise“ des PEI habe ich zur Kenntnis genommen	☐
Eine hausärztliche Patientenaufklärung ist erfolgt (Aufklärungsbogen bitte anfügen)	☐