

Télécopier les formulaires de recommandation dûment remplis au 613 739-6751. Les renseignements fournis doivent être exacts pour éviter tout retard d'accès aux soins.

| <b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT</b>  |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| Nom :   | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre :  | Date de naissance (JJ/MM/AA) :  |
| Allergies :   | Hauter (cm) :  | Poids (kg) :                    |
| Adresse :   | Ville :  | Province :                      |
| Code postal :   | Téléphone :  | N° de carte d'assurance-santé : |
| <b>QUESTIONS</b>  |  |                                 |
| 1. Le patient a-t-il 12 ans ou plus?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 2. Le patient pèse-t-il 40 kg ou plus?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 3. Le patient est-il actuellement atteint de la COVID-19, OU en a-t-il été atteint ou a-t-il été exposé à la COVID-19 au cours des 20 derniers jours?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 4. La patiente est-elle enceinte ou allaite-t-elle?<br>Remarque : Aucune information n'existe sur l'utilisation d'Evusheld dans de telles situations  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 5. Le patient présente-t-il un risque élevé de problèmes cardiovasculaires ou thromboemboliques? Remarque : L'ACMTS ne recommande pas Evusheld aux patients ayant des antécédents de problèmes cardiaques instables (endocardite infectieuse, récent infarctus du myocarde, isotopes de cadmium instables). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 6. Le patient présente-t-il un risque élevé de saignement?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                                 |
| 7. Statut vaccinal (COVID-19)   | <input type="checkbox"/> 3 doses ou plus <input type="checkbox"/> 1 ou 2 doses <input type="checkbox"/> 0 dose <input type="checkbox"/> Ne peut pas être vacciné   |                                 |
| 8. Indication clinique pour Evusheld  | S'il s'agit d'une hématologie maligne, cocher la case correspondante :<br><input type="checkbox"/> Niveau 1 : traitement par cellules CAR-T, greffe de cellules souches allogènes, patient atteint d'une hématologie maligne traité avec des inhibiteurs du CD-20<br><input type="checkbox"/> Niveau 2 : patient atteint d'une hématologie maligne traité avec des inhibiteurs du BTK ou du Venetoclax, autogreffe de cellules souches<br><input type="checkbox"/> Niveau 3 : patient atteint d'autres hématologies malignes |                                 |
|   | S'il s'agit d'une greffe d'organe solide, cocher la case correspondante :<br><input type="checkbox"/> Niveau 1 : greffe de poumon, récente greffe (< 6 mois), déplétion des cellules B (Rituximab), plasmaphérese/ATG anti-rejet (sauf pour patient en cours de plasmaphérese)<br><input type="checkbox"/> Niveau 2 : tous les organes (≥ 60 ans)<br><input type="checkbox"/> Niveau 3 : tous les organes (< 60 ans)   |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Thérapie anti-lymphocytes B (p. ex. Rituximab)  |                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Immunodéficience primaire importante  |                                 |
|   | Autre : (commentaire)<br>Remarque : Evusheld est actuellement disponible en Ontario seulement pour certains patients immunodéprimés, parmi lesquels : les greffés d'un organe solide, les greffés de cellules souches, les patients traités par cellules CAR-T, les autres patients atteints d'un cancer du sang en cours de traitement, les patients recevant une thérapie anti-lymphocytes B et les patients ayant une immunodéficience primaire importante.   |                                 |

| <b>ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR</b>  |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> J'atteste que mon patient satisfait aux critères énumérés pour l'administration. |  |                           |
| Nom du prescripteur (en lettres moulées) :  | Ligne directe (pas le numéro de téléphone général) |                           |
| Signature du prescripteur:  | Date/Heure:  | N° de membre de l'Ordre : |