

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.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
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 :

QUESTIONS	
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? 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 : <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 <input type="checkbox"/> Niveau 2 : patient atteint d'une hématologie maligne traité avec des inhibiteurs du BTK ou du Venetoclax, autogreffe de cellules souches <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 : <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) <input type="checkbox"/> Niveau 2 : tous les organes (≥ 60 ans) <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) 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.

ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR		
<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 :