

Checkliste: Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2 in Kooperation mit dem Klinikum Fürth



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

Patient ist Erwachsener oder Kind über 12 Jahre und $\geq 40$ kg Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Keine Krankenhausbehandlung aufgrund COVID-19 Symptomatik notwendig	<input type="checkbox"/>
Patient benötigt <u>keine</u> Sauerstofftherapie aufgrund COVID19 Erkrankung (bzw. kein zunehmender Sauerstoffbedarf bei chron. Sauerstofftherapie aufgrund präexistierender Komorbidität)	<input type="checkbox"/>
Positiver, PCR-basierter SARS-CoV 2 Test (max. 3 Tage alt)	<input type="checkbox"/>
Milde bis moderate Symptomatik seit max. 10 Tagen bestehend	<input type="checkbox"/>
<b>Risikofaktor(en) für schweren Verlauf (Definition gemäß PEI):</b>	
Alter $\geq 60$ Jahre	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (BMI $> 30$ kg/m <sup>2</sup> ) oder BMI (kg/m <sup>2</sup> ) $\geq 95$ . Perzentile für Alter und Geschlecht (12 - 17 Jahre)	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen, einschließlich Hypertonie	<input type="checkbox"/>
chronische Lungenerkrankungen einschließlich Asthma	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	<input type="checkbox"/>
chronische Nierenerkrankungen einschließlich Dialysepatienten	<input type="checkbox"/>
chronische Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
Die „Informationen für Angehörige der medizinischen Fachkreise“ des PEI habe ich zur Kenntnis genommen (siehe Downloadbereich der Apotheke)	<input type="checkbox"/>
Eine hausärztliche Patientenaufklärung ist erfolgt (Aufklärungsbogen bitte anfügen)	<input type="checkbox"/>

# Checkliste: Voraussetzungen zum Einsatz monoklonaler Antikörper gegen SARS-CoV-2 in Kooperation mit dem Klinikum Fürth



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 das Sekretariat der Medizinischen Klinik 2 (Gastroenterologie und Hämato-Onkologie) faxen (0911/7580 1888).

**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 der Telefonnummer 0911/7580 1151 an.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift