

 Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra	Formulaire à usage interne envoyer par e-mail à la pharmacie de l'hôpital : E-MAIL	Numéro : F0_002 Valable à partir du 14.01.2022 Créé : OFSP Page : 1de 1
Ordonnance de Xevudy® (Sotrovimab) pour les patients ambulatoires		

Ou l'étiquette du patient

Nom / prénom du patient
 Numéro de référence du patient
 Année de naissance et sexe du patient
 Nom / prénom du médecin
 Nom de l'hôpital

Conditions de traitement selon les [critères de la CCG/SSI](#) :

Les critères suivants doivent être remplis **de manière cumulative (veuillez cocher les cases correspondante)** :

- Le patient a contracté le SARS-CoV-2 en tant que patient ambulatoire
- Le patient a un test COVID positif confirmé et présente des symptômes ne datant pas de plus de 5 jours.
- Âge du patient : au moins 12 ans et au moins 40 kg
- Variante omicron confirmée ou prédominante dans la population
- Aucune contre-indication pour Xevudy® (recommandation d'emploi destinée aux professionnels de santé en anglais sur www.swissmedicinfo.ch)
- Patient
 - répond aux [critères de la CCG /SSI](#)
 - ne répond pas** ou **pas exactement** aux critères CCG /SSI, mais la thérapie a été approuvée par l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital.
- Le patient a été informé de la thérapie et a consenti à cette thérapie, qui n'est pas autorisée par Swissmedic.

Date et heure de la thérapie : **Service :**

Rp. 500 mg sotrovimab pro infusione dans 50 ml ou 100 ml de NaCl 0,9 %.

Le Xevudy® doit être administré après dilution en une seule perfusion intraveineuse pendant 30 minutes. Le patient doit être surveillé pendant la perfusion et pendant une heure après.

Date :

Nom, prénom du médecin / tampon :

Signature :

- Cette ordonnance doit être conservée dans la pharmacie de l'hôpital et envoyée sur demande anonymisée à l'OFSP (HMR_COVID@bag.admin.ch).