

Žiadanka na podanie monoklonálnych protilátok (MAB) v LNŠP MUDr. Ivana Stodolu v Liptovskom Mikuláši

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

ZP:

Adresa pacienta:

Telefonický kontakt:

Dátum pozitivity SARS-COV-2:

RT-PCR

Lamp

Rýchly PCR

Objednaný na podanie MAB na deň:

Dôvod indikácie na liečbu monoklonálnymi protilátkami (označiť splnené kritérium):

- Pacienti starší ako 65 rokov
- Pacienti s obezitou a BMI viac ako 35
- Pacienti s renálnym zlyhaním (CKD G3 - G5) vrátane pacientov na hemodialýze a vrátane pacientov s nefrotickým syndrómom
- Pacienti s chronickým ochorením pečene v štádiu cirhózy alebo pokročilej fibrózy a prejavmi hepatálnej insuficiencie
- Pacienti s chronickým srdcovocievnyim ochorením v štádiu srdcového zlyhávania alebo s významnou kardiálnou dekompenzáciou v minulosti. Pacienti s artériovou hypertenziou štádiu pokročilých orgánových komplikácií.
- Pacienti s chronickým ochorením pľúc s chronickou respiračnou insuficienciou a s exacerbáciami vyžadujúcimi hospitalizáciu v minulosti
- Pacienti s chronickým ochorením pľúc s chronickou respiračnou insuficienciou a s exacerbáciami vyžadujúcimi hospitalizáciu v minulosti
- Pacienti s cukrovkou 1. alebo 2. typu s pokročilými chronickými komplikáciami
- Pacienti s ťažkou formou Parkinsonovej choroby a inými neurologickými ochoreniami s rizikom respiračného zlyhania pri ochorení COVID-19
- Imunokompromitovaní pacienti so závažnou poruchou imunity na základe rozhodnutia lekára. Medzi pacientov s rôznymi druhmi klinicky významných porúch imunitných mechanizmov patria napr. pacienti s Downovým syndrómom a obezitou alebo inou vrodenou chybou asociovanou s Downovým syndrómom, pacienti na aktívnej hematoonkologickej liečbe a po orgánových transplantáciách, alebo po transplantáciách krvotvorných buniek, pacienti so zle kontrolovanou infekciou HIV alebo na imunosupresívnej liečbe.

Potvrdzujem, že pacient (nevhodné preškrtnúť)

A/ Nemám klinické prejavy ochorenia

B/ Má mierny alebo stredne závažný priebeh nevyžadujúci hospitalizáciu . Uvedte počet dní od prvých príznakov ochorenia

Dátum:

.....

Pečiatka a podpis lekára