

Kontaktaufnahme unter

Fax: 07309 429682

oder

e-mail: covid-ak-therapie@kreisspitalstiftung.de

Ambulante MAK-Therapie bei Infektion mit SARS-CoV2

In Anlehnung an die Empfehlung der STAKOB (RKI) vom 20.10.2021

Wichtige Hinweise:

Diese Checkliste ist erarbeitet und gültig für die Kliniken der Kreisspitalstiftung Weißenhorn. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß es darüber hinaus weitere, hier nicht erwähnte Indikationen zur Antikörper-Therapie und -Prophylaxe einer Infektion mit dem neuartigen Virus SARS-CoV2 gibt. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass die bisherigen Antikörpertherapien nicht gegen die Omikron-Variante des SARS-Cov2 wirksam sind. Hier wäre eine zeitnahe Variantenanalyse hinsichtlich der Therapieentscheidung sinnvoll (siehe auch „Aufklärung MAK-Therapie“).

Sie können Antikörperpräparate über bevorratende Stern- und Satelliten-Apotheken (zu finden auf der Website des RKI) für Ihre Praxis bestellen. Die Applikation kann neben einer intravenösen Infusion auch subkutan erfolgen. Eine dieser bevorratenden Apotheken in der Region ist z.B. die Zentralapotheke der Kreisspitalstiftung Weißenhorn, Krankenhausstraße 11, 89231 Neu-Ulm (Donauklinik), Tel. 0731 804 1182.

Wenn Sie ambulante Patienten haben, die für eine Antikörpertherapie in Frage kommen, dürfen Sie sich auch gerne an uns wenden. Wir bieten in Abhängigkeit von der Kapazität aktuell an Werktagen von 8.00-14.00 Uhr eine ambulante Antikörpertherapie an, nachdem wir die Indikation überprüft haben. Senden Sie uns dazu bitte ausschließlich an Werktagen diesen vollständig ausgefüllten Bogen an obenstehende Kontaktdaten der Kreisspitalstiftung. Geben Sie unbedingt eine Telefonnummer an, unter der wir Sie erreichen können. Darüber hinaus können Sie sich gerne auch per E-Mail an uns wenden über covid-ak-therapie@kreisspitalstiftung.de. Wenn Sie uns dann nach Rücksprache Patienten schicken, beachten Sie bitte auch die Informationen in der Anlage „Patientenzugang Antikörpertherapie Stiftungsklink Weißenhorn“.

Weißenhorn, im Dezember 2021

Patientendaten: Name, Vorname: _____, _____

Geb-Datum: _____ Tel.: _____

Zuweisender Arzt: Name: _____

Ort: _____, Tel. für Rückruf: _____

Anamnese bzgl. Infektion, Impfung und Allergie

Impfstatus: Nicht geimpft

- 1. Impfung (Datum / Impfstoff): _____
- 2. Impfung (Datum / Impfstoff): _____
- 3. Impfung (Datum / Impfstoff): _____

Allergien bekannt

Ja Nein

Wenn ja: Grad der Anaphylaxie:

I II III IV

C1-Esterase-Inhibitormangel bekannt?

Ja Nein

Symptome

Fieber Husten Dyspnoe Geruchs-/
Geschmacksverlust
 Sonstige _____ Keine

Ggf. Symptombeginn (Datum): _____

Indikation:

PCR-Test positiv (ein pos. PCR-Test ist Voraussetzung) Datum: _____ Virusmutante: Omikron: Wenn ja, bitte Rücksprache!

Nicht Omikron:

Unbekannt: Wenn ja, bitte Rücksprache!

	Ja	Nein
Milde/moderate Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombdauer ≤ 7 Tage (wenn 8-10 Tage bitte RS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mind. 1 Risikofaktor für schweren Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter >12 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KG >40 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzunehmende verminderte Immunantwort nach Impfung / Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Indikation besteht nur, wenn links überall „Ja“ angekreuzt ist.

Indikation gegeben?

Ja Nein

Wenn ja: Begründung? _____

Häufige Risikofaktoren für einen schweren Verlauf

	Ja	Nein
Alter >50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression *)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Vorerkrankungen **)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) Medikamentösbedingt, Tumorerkrankung, Z.n. Transplantation, schlecht kontrollierte HIV-Erkrankung

***) Trisomie 21, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Diabetes Typ 1 und 2, Nierenerkrankungen speziell bei Dialysepflicht, Lebererkrankungen, neurologisch-psychiatrische Erkrankungen, Demenz

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift und Stempel zuweisender Arzt