



## ANMELDUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG MIT MONOKLONALEN ANTIKÖRPERN BEI COVID-19 INFektion

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Handy Nr:	Tel Nr:
Email:	
Krankenkasse:	Versicherten-Nr:
Zuweiser:	

### Patienten mit bestätigter Covid-Infektion, Alter $\geq 12$ Jahre und $\geq 40$ kg KG

Kriterien, die <b>QUALIFIZIEREN</b> für die direkte Gabe von monoklonalen Antikörpern:	Kriterien, die eine <b>SEROLOGIE ERFORDERN</b> zur weiteren Diagnostik ( <b>neu vorgängig in der Praxis durchzuführen</b> ):
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Risiko für einen schweren Verlauf</b> (Kriterien gemäss BAG-Liste, siehe Link unten)</li><li>- Symptombdauer <math>\leq 5</math> Tage <input type="checkbox"/></li><li>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Alter &gt;80 Jahre</b></li><li>- Symptombdauer <math>\leq 5</math> Tage</li><li>- keine vollständige Impfung*/Genesung einer Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Alter &gt; 80 Jahre</b></li><li>- Symptombdauer <math>\leq 5</math> Tage</li><li>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/></li></ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</li><li>- Symptombdauer <math>\leq 5</math> Tage <input type="checkbox"/></li><li>- vollständige Impfung/Covid Infektion innerhalb der letzten 6 Monate</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Immunsuppression (BAG-Liste Punkt 5; siehe Link)</li><li>- <b>Symptome &gt; 5 Tage</b> <input type="checkbox"/></li><li>- unabhängig ob geimpft oder genesen</li></ul>

\*Vollständige Impfung = Abschluss der Impfsreihe innerhalb der letzten 6 Monate

BAG-Kategorien besonders gefährdeter Personen (ambulante Patienten) und Definition einer relevanten Immunsuppression (Kriterium 5 der Liste), siehe unter:

[https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid19\\_vo\\_2.html#-411791961](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid19_vo_2.html#-411791961)



### CHECKLISTE FÜR ZUWEISER

- Patient erfüllt grünes Kriterium und kann sofort im Spital angemeldet werden
- ODER**
- Patient erfüllt rotes Kriterium und zeigt negative Serologie (IgG auf S1-Protein)
- Patient wurde durch anmeldenden Arzt über AK-Therapie mündlich aufgeklärt
- Patient ist mit AK-Gabe einverstanden
- Spital, wo AK-Gabe stattfindet, wurde telefonisch und per Mail über Anmeldung informiert
- Patient hat Kontaktnummer des Spitals erhalten
- Patient wurde über Schutzmassnahmen (chirurgische Maske, Händedesinfektion, öffentlichen Verkehr vermeiden) auf dem Weg ins Spital informiert

**Zwingend telefonische Anmeldung (Zusätzlich (vollständig ausgefülltes) Anmeldeformular inkl. Befunde des positiven Covid-Testresultats und der Serologie an entsprechende Emailadresse schicken)**

Datum: ...../...../.....

Unterschrift (Zuweiser):.....

**Termin (wird vom Spital ausgefüllt):**

Termin am (Datum / Zeit / Dauer):

**Kontaktdaten für Zuweisungen: (cave KSW und Spital Zollikerberg haben eigene Formulare)**

#### **USZ:**

- Dienstarzt Infektiologie; **nur telefonische Anmeldungen**
- Mo-Fr 08h-17h: 044 255 33 22; Frontdesk Infektiologie leitet Anfragen weiter
- Mo-Fr 17h-08h und Sa/So/Feiertage: 079 677 28 77 Dienstarzt Infektiologie

#### **Stadtspital Triemli:**

- Immer telefonische Anmeldung UND Senden des ausgefüllten Anmeldeformulars GD
- Telefon: Dienstarzt Infektiologie 044/416'33'33, Mail: [stz-mak@triemli.zuerich.ch](mailto:stz-mak@triemli.zuerich.ch)

#### **Spital Uster:**

- Immer telefonische Anmeldung UND Senden des ausgefüllten Anmeldeformulars GD
- Telefon: Arztdienst Ak-Therapie 044 911 18 18 (Mo-Fr 08h-17h) Mail: [empfmedtk@spitaluster.ch](mailto:empfmedtk@spitaluster.ch)

#### **Klinik Hirslanden:**

- Immer telefonische Anmeldung UND Senden des ausgefüllten Anmeldeformulars GD
- Telefon: 044 387 29 51: Montag bis Freitag, jeweils 9-12, 14-17 Uhr, Mail für das Anmeldeformular: [christian.ruef@hin.ch](mailto:christian.ruef@hin.ch)