

| |
|---|
| FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT TRAITEMENT PAR ANTIVIRAL PAXLOVID® |
|---|

Remarque préalable

L'antiviral à action directe Paxlovid® n'a pas encore reçu d'autorisation. Pour le moment, il peut uniquement être utilisé pour le traitement oral des patients ambulatoires atteints d'une maladie à Covid-19 confirmée et présentant un risque élevé d'évolution vers une forme grave de la maladie. La thérapie repose sur la prise orale de 3 comprimés, pris simultanément toutes les 12 heures pendant 5 jours. Paxlovid® doit être administré dès que possible une fois le diagnostic de COVID-19 établi et dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes.

Conditions pour le traitement

- Le patient remplit les critères d'éligibilité de la SSI (cf. document détaillant la liste des critères).

Je, soussigné(e), Dr _____ (Nom/prénom en majuscules), certifie que le patient a été informé de la possibilité d'une thérapie par antiviral à action directe Paxlovid®, ainsi que des bénéfices et risques d'effets secondaires possibles de la thérapie.

Je certifie également avoir donné au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaitait et avoir répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal a bien compris ce que j'ai expliqué.

Signature du médecin : _____

Date et lieu : _____

À la suite de l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, la thérapie par antiviral à action directe Paxlovid®.

J'ai été informé(e) de la nature du traitement, de ses bénéfices et des risques d'effets indésirables possibles.

Nom/prénom (patient) en lettres majuscules : _____

Signature du patient ou de son représentant légal : _____

Date et lieu : _____

Autres confirmations

- Le patient a été adressé au centre/hôpital le plus proche et un rendez-vous a été fixé dans les meilleurs délais (voir liste cantonale des centres et hôpitaux proposant cette thérapie)

- Le patient dispose de toutes les informations nécessaires pour recevoir son traitement : date et heure du rendez-vous, adresse et numéro de contact du centre

- Le patient a été informé des mesures de protection à respecter (port du masque et mesures d'hygiène) sur le trajet vers le centre/l'hôpital.