MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

J'AI LA COVID-19 : CONDITIONS D'ELIGIBILITE AU TRAITEMENT PAR ANTICORPS MONOCLONAUX

MA SITUATION

1 **J'ai été testé positif à la Covid-19 et j'ai des symptômes depuis 5 jours ou moins**
Nota Bene : si j'ai été testé par un test antigénique, je réalise un test RT-PCR pour identifier un éventuel variant rapidement

2

- **Quel que soit mon âge**
- Je suis âgé de **70 à 80 ans**
- Je suis âgé de **plus de 80 ans**

3

- Je présente un **déficit de l'immunité lié à une pathologie** ou **à des traitements*** ou je suis **à risque de complications****
- Je présente une **pathologie chronique*****

4 Je ne suis **pas hospitalisé pour la COVID** et je suis à un **stade précoce de la maladie**

MA PRISE EN CHARGE

5 Je **contacte immédiatement** mon **médecin généraliste / le spécialiste qui me suit / SOS Médecins** pour envisager le traitement adapté à ma situation pour être pris en charge le plus rapidement possible

6

- Si Je présente un **déficit de l'immunité lié à une pathologie ou à des traitements* ou si j'ai plus de 80 ans et une comorbidité sévère :** sauf contre-indication clinique particulière et selon le variant de ma COVID -19, **je suis déclaré éligible au Bamlanivimab**
- Dans **toutes les situations mentionnées ci-dessus,** sauf contre-indication clinique particulière et selon le variant de ma COVID -19, **je suis déclaré éligible au traitement par bithérapie d'anticorps monoclonaux**

7 **Je suis orienté** vers le **lieu d'administration** du traitement

***Liste des situations concernées de déficit de l'immunité lié à une pathologie ou à des traitements :**

- Chimiothérapie en cours,
- Transplantation d'organe solide
- Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques
- Maladie rénale avec DFG. <30 mL/min ou dialyse
- Lupus systémique ou vascularite avec traitement immunodépresseur
- Traitement par corticoïde à forte dose
- Traitement immunodépresseur incluant rituximab

****Liste des situations à risque de complications :**

- Fibrose pulmonaire idiopathique
- Sclérose latérale amyotrophique
- Pathologies rares du foie y compris hépatites autoimmunes
- Myopathies avec capacité vitale forcée <70%
- Autres pathologies rares définies par les filières de santé maladies rares (FSMR)
- Trisomie 21

*****Liste des pathologies chroniques concernées :**

- Obésité,
- BPCO et insuffisante respiratoire chronique,
- Hypertension artérielle compliquée,
- Insuffisance cardiaque,
- Diabète (de type 2),
- Insuffisance rénale chronique,
- Cancers et maladies hématologiques malignes actifs et de moins de 3 ans,
- Transplantations d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
- Trisomie 21

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

JE VAIS RECEVOIR LE TRAITEMENT PAR MONOTHERAPIE BAMLANIVIMAB

ORIENTATION VERS LE LIEU D'ADMINISTRATION

Je suis déclaré éligible au traitement par anticorps monoclonaux par mon médecin généraliste/ spécialiste

- Mon médecin décidera de la possibilité de mettre en œuvre ce traitement après m'avoir informé des bénéfices, des risques et des conditions d'utilisation.
- A tout moment, je respecte scrupuleusement les gestes barrières pour me protéger et protéger les autres.

Je dois recevoir mon traitement dans les 5 jours après le début de mes symptômes

Je suis orienté vers le lieu d'administration du traitement

- Je suis **orienté par mon médecin généraliste / spécialiste / SOS Médecins** vers le centre hospitalier proposant un traitement par anticorps monoclonaux le plus proche ou qui me suit habituellement.
- J'**informe immédiatement mon médecin généraliste** / le **médecin spécialiste** qui me suit, du recours à ce traitement si ce n'est pas lui qui l'a prescrit.
- J'ai la possibilité de bénéficier d'un **transport sanitaire** pris en charge par la Sécurité sociale.

TRAITEMENT PAR ANTICORPS MONOCLONAUX

J'arrive dans le service hospitalier identifié pour recevoir le traitement par anticorps monoclonaux

- Je suis **hospitalisé dès l'administration** de mon traitement.
- Je reçois le traitement par **perfusion intraveineuse** pendant une durée de **60 minutes**.
- Si je ressens un effet indésirable après avoir reçu le traitement, je peux le signaler sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Je fais l'objet d'une observation spécifique pendant 1h après ma perfusion

- Je suis **surveillé pendant 1h** au cas où des réactions d'hypersensibilité immédiates ou de réactions à la perfusion se manifesteraient.

SUIVI & SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT

Je suis un isolement strict dans le cadre d'une hospitalisation

- Je fais l'objet de **conditions strictes d'isolement à l'hôpital** jusqu'à la fin de ma période d'excrétion virale.

Je reçois un suivi virologique renforcé jusqu'à la fin de mon excrétion virale

- Je reçois des tests virologiques par prélèvement nasopharyngé à l'hôpital.

TEST RT-PCR PAR PRELEVEMENT NASOPHARYNGE

Mon test est positif

- La **charge virale a diminué** : je reste hospitalisé
- La **charge virale n'a pas diminué** : je reste hospitalisé et je fais un **test de séquençage**

Mon test est négatif

- Je suis désormais **guéri de la Covid-19**.
- Je peux sortir de l'hôpital et cesser mon isolement tout en continuant de **respecter scrupuleusement les gestes barrières**

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

JE VAIS RECEVOIR LE TRAITEMENT PAR BITHERAPIE D'ANTICORPS MONOCLONAUX

ORIENTATION VERS LE LIEU D'ADMINISTRATION

Je suis déclaré éligible au traitement par anticorps monoclonaux par mon médecin généraliste/ spécialiste

- Mon médecin décidera de la possibilité de mettre en œuvre ce traitement après m'avoir informé des bénéfices, des risques et des conditions d'utilisation.
- A tout moment, je respecte scrupuleusement les gestes barrières pour me protéger et protéger les autres.

Je dois recevoir mon traitement dans les 5 jours après le début de mes symptômes

Je suis orienté vers le lieu d'administration du traitement

- Je suis **orienté par mon médecin généraliste / spécialiste / SOS Médecins** vers le centre hospitalier proposant un traitement par anticorps monoclonaux le plus proche ou qui me suit habituellement.
- J'**informe immédiatement mon médecin généraliste** / le **médecin spécialiste** qui me suit, du recours à ce traitement si ce n'est pas lui qui l'a prescrit.
- J'ai la possibilité de bénéficier d'un **transport sanitaire** pris en charge par la Sécurité sociale.

TRAITEMENT PAR ANTICORPS MONOCLONAUX

J'arrive dans le service hospitalier identifié pour recevoir le traitement par anticorps monoclonaux

- Je reçois le traitement par **perfusion intraveineuse** pendant une durée de **20 à 70 minutes**.
- Si je ressens un effet indésirable après avoir reçu le traitement, je peux le signaler sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Je reste à l'hôpital en observation pendant 1h après ma perfusion

- Je suis **surveillé pendant 1h** au cas où des réactions d'hypersensibilité immédiates ou de réactions à la perfusion se manifesteraient.
- Je suis informé de la **conduite à adopter** les jours suivant mon traitement, des **tests à réaliser** et de l'**accompagnement** dont je peux bénéficier lors de mon isolement à domicile.
- En l'absence de complications, je **rentre à mon domicile.**
- J'ai la possibilité de bénéficier d'un **transport sanitaire** pris en charge par la Sécurité sociale.

SUIVI & SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT

Je rentre à mon domicile et je respecte un isolement strict pendant 10 jours

- Si je ne suis pas isolé seul**, je protège mon entourage** notamment en restant, si possible, dans une pièce séparée, en portant un masque chirurgical, en évitant les contacts et me tenant toujours à plus d'1 mètre des autres personnes, en ne partageant pas mes objets du quotidien, en sortant le moins possible et en aérant régulièrement.

Je peux bénéficier de visites à domicile de professionnels de santé une fois rentré chez moi

- Je bénéficie d'un **suivi médical à J7 et 1 mois après**
- **Tout au long de mon isolement, je peux bénéficier, si besoin :**
  - De visites d'infirmières à domicile
  - D'une aide matérielle (livraison de courses, garde d'enfants etc.)
  - D'une aide psychologique
  - D'un accompagnement spécifique en cas de difficultés sociales ou financières
  - D'une offre de relogement si mes conditions d'isolement ne garantissent pas un isolement efficace et sécurisé.

Je reçois un suivi virologique à J+7

- Un professionnel de santé vient à mon domicile **7 jours après mon traitement** pour me faire un prélèvement nasopharyngé :

J+7 — TEST RT-PCR PAR PRELEVEMENT NASOPHARYNGE

+ Mon test est positif
- La **charge virale a diminué** : je poursuis mon isolement.
- La **charge virale n'a pas diminué** : je dois faire un **test de séquençage** et m'isoler strictement. Si besoin, je peux être isolé en dehors de chez moi (hôtel,...).

- Mon test est négatif
- Je suis désormais **guéri de la Covid-19**.
- Je peux cesser mon isolement tout en continuant de **respecter scrupuleusement les gestes barrières**.

Je reçois une visite de suivi 1 mois après l'administration du traitement

- J'ai une consultation de suivi ou une téléconsultation avec le médecin qui m'a prescrit le traitement.