



Empustaziun da medicaments per ina terapia da COVID-19

Pazienta u pazient (inizialas!)

Annada

Ospital

Adressa da furniziun

Media responsabelbla u medi responsabel (prenum/num) / funcziun*

*media u medi da cader per medischina interna, infecziologia u medischina intensiva

Adressa dad e-mail

Nr. da telefon

Medicament (per plaschair far ina crusch)

☐ 1 OP Kaletra® (Aluvia®) 200mg/50mg a 120 tocs

☐ 1 OP Plaquenil 200mg a 30 tocs

Jau conferm che la pazienta resp. il pazient numnà qua survart ademplescha ils criteris da tractament per ina terapia da COVID-19 tenor la directiva da la Societad svizra per infecziologia.

Data

Suttascripziun

Far in scan da la dumonda emplenida cumpletta e trametter quel ad: eva.burkard-berther@san.gr.ch

Decisiun

☐ Empustaziun permessa / furniziun tenor convegnientscha

☐ Empustaziun refusada: motiv

Num, data, visum