

ANNEXES

Annexe A – Note d'information destinée au patient

Annexe B – Fiche de demande d'accès au traitement

Annexe C – Fiche spécifique sur les résultats du suivi virologique à l'inclusion

Annexe D – Fiche d'informations concernant l'administration du traitement

Annexe E – Fiche d'information de suivi médical

Annexe A – Note d'information destinée au patient

Note d'information destinée au patient

Dans le cas où le patient est dans l'incapacité de prendre connaissance de cette information, celle-ci est donnée à son représentant légal ou, le cas échéant, à la personne de confiance qu'il a désignée.

A remettre au patient avant toute prescription de casirivimab et imdevimab

AUTORISATION TEMPORAIRE D'UTILISATION DE COHORTE Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL, solution à diluer pour perfusion

Votre médecin vous a proposé un traitement par l'association casirivimab et imdevimab.

Cette note a pour objectif de vous informer afin de vous permettre d'accepter le traitement qui vous est proposé en toute connaissance de cause. Elle comprend :

- 1) une information générale sur les Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU)
- 2) une information sur casirivimab et imdevimab (notice destinée au patient)
- 3) les modalités de signalement des effets indésirables par le patient

1) Informations générales sur les Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU)

Casirivimab et imdevimab sont disponibles dans le cadre d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) dite de cohorte accordée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Cette ATU de cohorte est octroyée pour une utilisation à titre exceptionnel au cas par cas au regard du contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19, des données de mortalité dans la population cible, et de l'issue de l'évaluation européenne d'harmonisation d'un cadre d'accès précoce. Le bénéfice de cette association d'anticorps monoclonaux en phase précoce de la maladie dans une population à haut risque est attendu sur la base d'un rationnel pharmacodynamique de thérapie substitutive et des données d'études cliniques de phase 3.

Le bénéfice/risque sera régulièrement reconsidéré non seulement sur les données de sécurité mais également en prenant en compte la situation épidémiologique particulièrement évolutive sur l'émergence des variants.

Des données complémentaires issues du développement clinique sont encore attendues.

Ce médicament n'ayant pas encore d'AMM en France, son utilisation dans le cadre de l'ATU est soumise à une procédure de surveillance étroite par l'ANSM portant notamment sur les effets indésirables qu'il peut provoquer.

L'utilisation du médicament et la surveillance de tous les patients traités dans le cadre de cette ATU se fait en conformité avec le Protocole d'Utilisation Thérapeutique (PUT) validé par l'ANSM. Des données concernant tous les patients traités seront collectées et transmises à l'ANSM tous les mois. Un résumé de ces rapports est régulièrement publié par l'ANSM sur son site internet (www.ansm.sante.fr). Celui-ci ne comporte aucune donnée personnelle.

Confidentialité

Roche SAS est responsable du traitement de vos données personnelles et ce afin de répondre à ses obligations réglementaires liées à l'ATU.

Votre médecin devra remplir des documents qui permettront de recueillir des informations notamment sur la sécurité d'emploi de casirivimab et imdevimab lors de votre traitement et les transmettre à Roche de façon confidentielle.

Sur tout courrier ou document vous concernant, vous ne serez identifié que par les trois premières lettres du nom et les deux premières lettres du prénom, ainsi que par le mois et l'année de naissance. Les informations seront régulièrement transmises à l'ANSM qui assure une surveillance nationale de l'utilisation de casirivimab et imdevimab avec l'aide du Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) de nom du CRPV en charge du suivi national.

Les données seront conservées dans le respect de la réglementation en vigueur.

En application de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi « Informatique et Libertés », vous pourrez à tout moment avoir accès, par l'intermédiaire de votre médecin, aux informations informatisées vous

concernant et vous pourrez user de votre droit de rectification par son intermédiaire auprès du DPO de Roche, 4 Cours de l'Île Seguin 92650 Boulogne Billancourt france.donneespersonnelles-pharma@roche.com. Si vous n'étiez pas satisfait dans le cadre de l'exercice de vos droits après nous avoir contactés, vous pourrez faire une réclamation auprès de la CNIL.

Des travaux de recherche utilisant les données de cette ATU pourront être conduits par les équipes de recherche ROCHE ou par des équipes d'autres structures de recherche publiques ou privées, académiques ou industrielles.

Vous pourrez retrouver l'ensemble des informations concernant le traitement de vos données dans ces recherches ainsi que de vos droits sur le site: <https://www.roche.fr/fr/patients/portail-d-information-patient.html> Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées pour de futures recherches, vous pouvez exercer votre droit d'opposition en vous adressant à france.donneespersonnelles-pharma@roche.com

Certaines données médico-administratives de l'assurance maladie (consultations, prescriptions de médicaments, hospitalisations) peuvent être utiles pour compléter les données concernant votre santé dans le cadre de ces recherches. Vous avez également la possibilité de vous opposer à l'utilisation de ces données du Système National des Données de Santé (SNDS) pour des recherches liées à cette ATU en adressant une demande à france.donneespersonnelles-pharma@roche.com.

Bien sûr, votre décision d'accepter un traitement par l'association casirivimab et imdevimab est totalement libre et vous pouvez refuser le traitement si vous le souhaitez.

Vos données seront conservées et archivées pour une durée conforme à la réglementation en vigueur (pour la conservation en base active : 2 ans maximum ; en base intermédiaire pendant la durée de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité pharmaceutique concernée et jusqu'à dix ans après l'expiration de cette autorisation).

L'utilisation de vos données personnelles pour les finalités décrites ci-dessus est fondée sur les obligations légales du responsable de traitement qui encadrent les ATU et l'intérêt public.

En application de la réglementation Européenne n. 2016/679 en vigueur concernant la protection des données personnelles (Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD – du 27 avril 2016) et de la Loi Informatique et Libertés modifiée :

- vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de vos données personnelles ou une limitation du traitement.

- vous pouvez exercer les droits énoncés ci-avant par l'intermédiaire soit de votre médecin, soit par un autre médecin de votre choix. Ce dernier pourra exercer ce droit en s'adressant à

france.donneespersonnelles-pharma@roche.com

- vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).

2) Informations sur Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL, solution à diluer pour perfusion (notice destinée au patient)

Vous trouverez le texte de la notice destinée au patient sur le site internet de l'ANSM, www.ansm.sante.fr, rubrique ATU de cohorte. Cette notice contient des informations importantes pour votre traitement et vous devez la montrer à tous les médecins que vous pouvez être amené à consulter.

3) Modalités de signalement des effets indésirables par le patient

Le patient ou son représentant mandaté (parent d'un enfant, associations agréées sollicitées par le patient) peut déclarer les effets indésirables qu'il, ou son entourage, suspecte d'être liés à l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments, y compris lors de la grossesse ou de l'allaitement.

Les cas d'abus, de mésusage, de pharmacodépendance, d'erreurs médicamenteuses et de surdosages font également l'objet d'une déclaration.

La déclaration doit-être faite le plus tôt possible après la survenue de l'effet sur le site internet de l'ANSM, rubrique déclarer un effet indésirable.

Il est toutefois possible que ce que vous pensez être un effet indésirable soit en fait un nouveau symptôme de votre maladie, susceptible de modifier le diagnostic ou de nécessiter une modification de votre prise en charge.

Dans tous les cas, nous vous encourageons à vous rapprocher de votre médecin pour qu'il vous examine et, le cas échéant, qu'il fasse lui-même la déclaration de l'effet indésirable. Vous pouvez également vous adresser à votre pharmacien afin qu'il déclare l'effet indésirable.

Annexe B – Fiche de demande d'accès au traitement

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|_|_| | |_|_| | |_|_| - |_|_| | |_|_|
3ères initiales nom – 2ères initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|_|_|_| | |_|_|_|_|_|

Demande d'accès au traitement

Page 1/4

Date de la visite

|_|_| | |_|_| | |_|_| | 2 | 0 | |_|_| | |_|_|

Renseignements patient

Date de naissance: |_|_|_| (mois MM) |_|_|_|_|_| (année AAAA)

Poids : |_|_|_|_| kg

Sexe : Homme Femme

Si femme susceptible de procréer

Oui : se référer à la section 4.6 du RCP "Fertilité, grossesse et allaitement"

Non

Contre-indications

- Le patient présente-t-il une hypersensibilité connue à casirivimab ou imdevimab et/ou à l'un de ses excipients (L-histidine, Monochlorhydrate de L-histidine monohydraté, polysorbate 80, Saccharose, Eau pour préparations injectables) ? Oui Non

Pathologie du patient

Le patient est-il symptomatique ? Oui Non

Si oui :

Date des premiers symptômes |_|_|_|_|_| | 2 | 0 | |_|_| | |_|_|

Forme de la COVID-19

- Légère ^a
 Modérée ^b
 Sévère ^c

Patient COVID-19 nosocomial : Oui Non

^a Les patients ayant une forme légère de COVID-19 peuvent présenter divers signes et symptômes (p. ex. Fièvre, toux, mal de gorge, malaise, maux de tête, douleurs musculaires, nausées, vomissements, diarrhée, perte de goût et d'odorat). Ils n'ont pas d'essoufflement, de dyspnée à l'effort ou d'examen d'imagerie anormal).

^b La forme modérée de COVID-19 est définie comme l'existence d'une atteinte des voies respiratoires inférieures lors de l'évaluation clinique ou à l'imagerie, avec une SpO₂ < 92% en air ambiant.

^c La forme sévère de COVID-19 est définie comme l'existence d'une atteinte des voies respiratoires inférieures lors de l'évaluation clinique ou à l'imagerie, avec une SpO₂ < 90% en air ambiant ou oxygénorequérance > 3L/mn

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|_|_| | |_|_| | |_|_| - |_|_|_|_|_|_|
3ères initiales nom – 2èmes initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Demande d'accès au traitement

Page 2/4

Diagnostic

Diagnostic COVID-19 positif par test RT-PCR nasopharyngé

Date du test RT-PCR : .../.../.....

Pour les patients hospitalisés et oxygénoréquérants du fait de la COVID-19 merci de préciser le statut sérologique (IgG anti-Spike) : Positif Négatif

Merci de préciser le résultat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| BAU / mL

→ *Le résultat de la sérologie doit être négatif (IgG anti-Spike) pour les patients hospitalisés oxygénoréquérants du fait de la COVID-19*

Informations concernant le statut virologique à l'inclusion

Information Criblage :

Date du criblage de variants porteurs de la mutation en position 484 de la protéine de spicule virale (ou d'autres mutations selon les préconisations des CNR des virus respiratoires) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| | 2 | 0 | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Résultat du criblage disponible au moment de la demande d'accès au traitement : Oui Non

Le patient a-t-il été infecté dans une zone où la circulation de ces variants est >10% Oui Non

Pour les patients ne nécessitant pas d'oxygénothérapie du fait de la COVID-19 : Le patient est en capacité de recevoir le traitement dès que possible après l'obtention du test RT-PCR au SARS-CoV-2 positif et dans un délai maximum de 5 jours après le début des symptômes : Oui Non

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|_|_| | |_|_| | |_|_| - |_|_|_|_|_|_|
3ères initiales nom – 2ères initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|_|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|

**Demande d'accès au
traitement**

Page 3/4

Indication et Facteurs de risque d'évolution vers une forme grave de COVID-19

Précisez la situation du patient :

Indication :

- ne nécessitant pas d'oxygénothérapie du fait de la COVID-19** : le traitement doit être instauré dès que possible après l'obtention du test RT-PCR au SARS-CoV-2 positif et dans un délai maximum de 5 jours après le début des symptômes.
- hospitalisé du fait de la COVID-19 et séronégatifs** (IgG anti-Spike) nécessitant une oxygénothérapie non invasive
Merci de préciser le type d'oxygénothérapie conventionnelle haut débit

Facteurs de risque :

- Les patients ayant un 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 immunosuppresseur
 - Traitement par corticoïde >10 mg/jour d'équivalent prednisone pendant plus de 2 semaines
 - Traitement immunosuppresseur incluant rituximab
 - Infection par le VIH non contrôlée ou stade SIDA
- Les patients à risque de complications:**
 - Obésité (IMC>30)
 - BPCO et insuffisance respiratoire chronique
 - Hypertension artérielle compliquée,
 - Insuffisance cardiaque
 - Diabète (de type 1 et de type 2)
 - Insuffisance rénale chronique
 - 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
- Les patients de 80 ans et plus**

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|_|_| |_|_| |_|_| - |_|_|_|_|_|
3èmes initiales nom – 2èmes initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|_|_|_| |_|_|_|_|

**Demande d'accès au
traitement**

Page 4/4

Informations / Validation Médecin et Pharmacien

Nom du Médecin :

Nom du Pharmacien :

Adresse :

Adresse :

Courriel :

Courriel :

Téléphone :

Téléphone :

Fax :

Fax :

Signature électronique du Médecin dans la
plateforme dédiée :

Signature électronique du Pharmacien dans la
plateforme dédiée :

Attestation du médecin prescripteur

Je soussigné(e) Docteur certifie :

- Avoir lu et compris les obligations de pharmacovigilance et les modalités de signalement des effets indésirables stipulées dans le Protocole d'Utilisation Thérapeutique et de Recueil d'informations du casirivimab et imdevimab, et je m'engage à les respecter
- M'engage à informer le patient avant le début du traitement et à lui transmettre la note d'information qui lui est destinée

Date : |_|_| |_|_| |_|_| | 2 | 0 | |_|_|

Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :

Merci de bien vouloir compléter la page suivante avec les résultats du suivi virologique de votre patient

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr

Annexe C – Fiche spécifique sur les résultats du suivi virologique à l'inclusion

Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte		
Initiales patient _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ <small>3ères initiales nom – 2ères initiales prénom</small>	N° ATU attribué par Euraxi Pharma _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fiche spécifique sur les résultats du suivi virologique à l'inclusion Page 1/1

Résultats du suivi virologique à l'inclusion
<p>Préciser la valeur de Ct: _ _ _ _ à l'inclusion</p> <p>Le patient est-il infecté par la souche sauvage SARS-CoV-2 (Chine) ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, par quel variant le patient est-il infecté ? :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha) <input type="checkbox"/> variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha) avec mutation en position 484 <input type="checkbox"/> variant 20H/501Y.V2 (Sud-africain / Beta) <input type="checkbox"/> variant 20J/501Y.V3 (Brésilien / Gamma) <input type="checkbox"/> variant 20A/484Q (Indien / Delta) <input type="checkbox"/> autre variant porteur de la mutation en position 484 <input type="checkbox"/> autre variant/mutation : <p>Information séquençage NGS :</p> <p>Précisez les mutations détectées lors du séquençage NGS si disponible :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D614G <input type="checkbox"/> N501Y <input type="checkbox"/> E484K <input type="checkbox"/> E484Q <input type="checkbox"/> K417N <input type="checkbox"/> K417T <input type="checkbox"/> L452R <input type="checkbox"/> G446V <input type="checkbox"/> autre : _____

Médecin prescripteur
<p>Nom du Médecin prescripteur : _____</p> <p>Date : _ _ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _ _ </p> <p>Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :</p>

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr

Annexe D : Fiche d'informations concernant l'administration du traitement

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|_|_| | |_|_| | |_|_| - |_|_| | |_|_|
3ères initiales nom – 2ères initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|

**Informations concernant
l'administration du
traitement**

Page 1/1

Date de la visite

|_|_| | |_|_| | |_|_| | 2 | 0 | |_|_|

Traitement par casirivimab et imdevimab

Le patient a été traité par l'association de casirivimab et imdevimab : Oui Non

Si oui : Date de l'administration : |_|_| | |_|_| | |_|_| | 2 | 0 | |_|_|

Le patient a-t-il reçu une administration complète ? Oui Non

Si non : préciser la raison :

- Réaction à la perfusion/hypersensibilité
- Autre effet indésirable : préciser

- Autre raison : préciser

Pour signaler cet effet indésirable, veuillez-vous rendre sur le site de l'ANSM à l'adresse suivante : <http://www.signalement-sante.gouv.fr/>

Si non : préciser la raison :

- Nécessite une oxygénothérapie invasive du fait de la COVID-19
- Détection d'un variant
- Autre : préciser : _____

Médecin prescripteur

Nom du Médecin prescripteur : _____

Date : |_|_| | |_|_| | |_|_| | 2 | 0 | |_|_|

Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr

Annexe E : Fiche d'information de suivi médical

Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte		
Initiales patient - 3ères initiales nom – 2ères initiales prénom	N° ATU attribué par Euraxi Pharma 	Information de suivi médical en lien avec la structure en charge de la prescription : J7 Page 1/2
<i>En lien avec la structure en charge de la prescription A compléter obligatoirement à J7 post-traitement.</i>		

Date de la visite
2 0

Informations cliniques et progression de la maladie
Le patient présente une diminution/disparition/absence de symptômes ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Date de diminution/disparition des symptômes : 2 0
Après l'administration du traitement, le patient a-t-il été hospitalisé ou son hospitalisation a-t-elle été prolongée du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, date d'hospitalisation : 2 0
Le patient nécessite-t-il une oxygénothérapie non invasive du fait de la COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input checked="" type="checkbox"/> oxygénothérapie conventionnelle <input checked="" type="checkbox"/> oxygénothérapie haut débit
Le patient a-t-il été pris en charge en soin intensif / réanimation (oxygénothérapie invasive) du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Ne sais pas
Le patient est décédé ? : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : date du décès : 2 0 Cause du décès : <input checked="" type="checkbox"/> COVID-19 <input checked="" type="checkbox"/> Autre : préciser : _____ Relation possible avec le traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si le patient a présenté un effet indésirable depuis l'administration du traitement, veuillez déclarer cet effet indésirable et d'indiquer toutes les informations qui seront nécessaires pour son évaluation, sur le site de l'ANSM à l'adresse suivante : http://www.signalement-sante.gouv.fr/</i>
Informations concernant le statut virologique à J7
Statut virologique SARS-CoV-2 (RT-PCR nasopharyngé): <input checked="" type="checkbox"/> Positif <input checked="" type="checkbox"/> Négatif Information criblage : Résultat du criblage disponible ? : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Charge virale insuffisante

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

<p align="center">Initiales patient</p> <p>____ ____ ____ - ____ ____ </p> <p align="center"><small>3ères initiales nom – 2ères initiales prénom</small></p>	<p align="center">N° ATU attribué par Euraxi Pharma</p> <p align="center">____ ____ ____ ____ </p>	<p align="center">Information de suivi médical en lien avec la structure en charge de la prescription : J7</p> <p align="right">Page 2/2</p>
---	--	---

Résultats du suivi virologique en lien avec la visite de suivi à J7

Préciser la valeur de Ct: ____|____| à J7

Le patient est-il infecté par la souche sauvage SARS-CoV-2 (Chine) ? : Oui Non

Si non, par quel variant le patient est-il infecté ? :

- variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha)
- variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha) avec mutation en position 484
- variant 20H/501Y.V2 (Sud-africain / Beta)
- variant 20J/501Y.V3 (Brésilien / Gamma)
- variant 20A/484Q (Indien / Delta)
- autre variant porteur de la mutation en position 484
- autre variant/mutation :

Information séquençage NGS :

Précisez les mutations détectées lors du séquençage NGS si disponible :

- D614G
- N501Y
- E484K
- E484Q
- K417N
- K417T
- L452R
- G446V
- autre : _____

En cohérence avec l'avis de l'ANRS-MIE, en cas de valeur de Ct<31 ou d'absence de décroissance de la charge virale, un suivi virologique renforcé doit se mettre en place par RT-PCR incluant la détection moléculaire du génome viral et la recherche de mutations pouvant être péjoratives pour la réponse au casirivimab notamment en position 484 de la spicule virale (ou d'autres mutations selon les préconisations des CNR des virus respiratoires). Le calendrier des visites supplémentaires est à décider en collégialité entre cliniciens et virologues.

EN CAS D'IDENTIFICATION DE VARIANTS PORTEURS DE LA MUTATION 484 DE LA SPICULE VIRALE (OU D'AUTRES MUTATIONS SELON LES PRECONISATIONS DES CNR DES VIRUS RESPIRATOIRES), UN ISOLEMENT STRICT DU PATIENT ET DE SES EVENTUELS CONTACTS DOIT ETRE MIS EN PLACE SELON LES RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR.

Médecin prescripteur

Nom du Médecin prescripteur : _____

Date : ____|____|____| 2 | 0 | ____|____|

Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ <small>3ères initiales nom – 2ères initiales prénom</small>	N° ATU attribué par Euraxi Pharma _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Information de suivi médical en lien avec la structure en charge de la prescription : J30 Page 1/2
<i>En lien avec la structure en charge de la prescription A compléter obligatoirement à environ un mois post-traitement.</i>		

Date de la visite
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Informations cliniques et progression de la maladie
Le patient présente une diminution/disparition/absence de symptômes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de diminution/disparition des symptômes : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Après l'administration du traitement, le patient a-t-il été hospitalisé ou son hospitalisation a-t-elle été prolongée du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date d'hospitalisation : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Le patient nécessite-t-il une oxygénothérapie non invasive du fait de la COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> oxygénothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> oxygénothérapie haut débit
Le patient a-t-il été pris en charge en soin intensif / réanimation (oxygénothérapie invasive) du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le patient est décédé ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : date du décès : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Cause du décès : <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Autre : préciser : _____ Relation possible avec le traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si le patient a présenté un effet indésirable depuis l'administration du traitement, veuillez déclarer cet effet indésirable et d'indiquer toutes les informations qui seront nécessaires pour son évaluation, sur le site de l'ANSM à l'adresse suivante : http://www.signalement-sante.gouv.fr/</i>

Informations concernant le statut virologique à J30
Statut virologique SARS-CoV-2 (RT-PCR nasopharyngé): <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
Information criblage :
Résultat du criblage disponible ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Charge virale insuffisante

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

Initiales patient

|| | | | | - | | | | | |
3ères initiales nom – 2ères initiales prénom

N° ATU attribué par Euraxi Pharma

|| | | | | | | | | |

**Information de suivi
médical en lien avec la
structure en charge de la
prescription : J30**

Page 2/2

Résultats du suivi virologique en lien avec la visite de suivi à J30

Préciser la valeur de Ct: || | | | à J30

Le patient est-il infecté par la souche sauvage SARS-CoV-2 (Chine) ? : Oui Non

Si non, par quel variant le patient est-il infecté ? :

- variant 20I/501Y.V1 (Britannique /Alpha)
- variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha) avec mutation en position 484
- variant 20H/501Y.V2 (Sud-africain / Beta)
- variant 20J/501Y.V3 (Brésilien / Gamma)
- variant 20A/484Q (Indien / Delta)
- autre variant porteur de la mutation en position 484
- autre variant/mutation :

Information séquençage NGS :

Précisez les mutations détectées lors du séquençage NGS si disponible :

- D614G
- N501Y
- E484K
- E484Q
- K417N
- K417T
- L452R
- G446V
- autre : _____

En cohérence avec l'avis de l'ANRS-MIE, en cas de valeur de Ct<31 ou d'absence de décroissance de la charge virale, un suivi virologique renforcé doit se mettre en place par RT-PCR incluant la détection moléculaire du génome viral et la recherche de mutations pouvant être péjoratives pour la réponse au casirivimab notamment en position 484 de la spicule virale (ou d'autres mutations selon les préconisations des CNR des virus respiratoires). Le calendrier des visites supplémentaires est à décider en collégialité entre cliniciens et virologues.

EN CAS D'IDENTIFICATION DE VARIANTS PORTEURS DE LA MUTATION 484 DE LA SPICULE VIRALE (OU D'AUTRES MUTATIONS SELON LES PRECONISATIONS DES CNR DES VIRUS RESPIRATOIRES), UN ISOLEMENT STRICT DU PATIENT ET DE SES EVENTUELS CONTACTS DOIT ETRE MIS EN PLACE SELON LES RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR.

Médecin prescripteur

Nom du Médecin prescripteur : _____

Date : | | | | | | | | 2 | 0 | | | |

Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

<p>Initiales patient</p> <p> - </p> <p><small>3ères initiales nom – 2ères initiales prénom</small></p>	<p>N° ATU attribué par Euraxi Pharma</p> <p> </p>	<p>Information de suivi médical en lien avec la structure en charge de la prescription : Fiche additionnelle</p> <p align="right">Page 1/2</p>
--	---	---

En lien avec la structure en charge de la prescription

*Des **fiches additionnelles** peuvent également être complétées selon un calendrier à déterminer en collégialité entre cliniciens et virologues, après le traitement, en fonction des résultats des tests de criblage et de l'excrétion virale.*

<p>Date de la visite</p>
<p> 2 0 </p>

Informations cliniques et progression de la maladie

Le patient présente une diminution/disparition/absence de symptômes ? Oui Non

Date de diminution/disparition des symptômes : || | || | || | || | 2 | 0 | || |

Après l'administration du traitement, le patient a-t-il été hospitalisé ou son hospitalisation a-t-elle été prolongée du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? : Oui Non

Si oui, date d'hospitalisation : || | || | || | || | 2 | 0 | || |

Le patient nécessite-t-il une oxygénothérapie non invasive du fait de la COVID-19 ? Oui Non

Si oui : oxygénothérapie **conventionnelle** oxygénothérapie **haut débit**

Le patient a-t-il été pris en charge en soin intensif / réanimation (oxygénothérapie invasive) du fait d'une aggravation de la COVID-19 ? Oui Non Ne sais pas

Le patient est décédé ? : Oui Non

Si oui, préciser : date du décès : || | || | || | || | 2 | 0 | || |

Cause du décès : COVID-19 Autre : préciser : _____

Relation possible avec le traitement Oui Non

Si le patient a présenté un effet indésirable depuis l'administration du traitement, veuillez déclarer cet effet indésirable et d'indiquer toutes les informations qui seront nécessaires pour son évaluation, sur le site de l'ANSM à l'adresse suivante : <http://www.signalement-sante.gouv.fr/>

Informations concernant le statut virologique en lien avec la visite de suivi additionnelle	
Statut virologique SARS-CoV-2 (RT-PCR nasopharyngé):	<input checked="" type="checkbox"/> Positif <input checked="" type="checkbox"/> Négatif
Information criblage :	
Résultat du criblage disponible ? : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Charge virale insuffisante	

Merci de bien vouloir compléter la page suivante

**Association Casirivimab et Imdevimab 120 mg/mL
Autorisation Temporaire d'Utilisation de cohorte**

<p align="center">Initiales patient</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ 3ères initiales nom – 2ères initiales prénom</p>	<p align="center">N° ATU attribué par Euraxi Pharma</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p align="center">Information de suivi médical en lien avec la structure en charge de la prescription : Fiche additionnelle</p> <p align="center">Page 2/2</p>
---	---	---

Résultats du suivi virologique en lien avec la visite de suivi additionnelle

Préciser la valeur de Ct: |_|_|_|_| lors de la visite de suivi additionnelle

Le patient est-il infecté par la souche sauvage SARS-CoV-2 (Chine) ? : Oui Non

Si non, par quel variant le patient est-il infecté ? :

- variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha)
- variant 20I/501Y.V1 (Britannique / Alpha) avec mutation en position 484
- variant 20H/501Y.V2 (Sud-africain / Beta)
- variant 20J/501Y.V3 (Brésilien / Gamma)
- variant 20A/484Q (Indien / Delta)
- autre variant porteur de la mutation en position 484
- autre variant/mutation :

Information séquençage NGS :

Précisez les mutations détectées lors du séquençage NGS si disponible :

- D614G
- N501Y
- E484K
- E484Q
- K417N
- K417T
- L452R
- G446V
- autre : _____

En cohérence avec l'avis de l'ANRS-MIE, en cas de valeur de Ct<31 ou d'absence de décroissance de la charge virale, un suivi virologique renforcé doit se mettre en place par RT-PCR incluant la détection moléculaire du génome viral et la recherche de mutations pouvant être péjoratives pour la réponse au casirivimab notamment en position 484 de la spicule virale (ou d'autres mutations selon les préconisations des CNR des virus respiratoires). Le calendrier des visites supplémentaires est à décider en collégialité entre cliniciens et virologues.

EN CAS D'IDENTIFICATION DE VARIANTS PORTEURS DE LA MUTATION 484 DE LA SPICULE VIRALE (OU D'AUTRES MUTATIONS SELON LES PRECONISATIONS DES CNR DES VIRUS RESPIRATOIRES), UN ISOLEMENT STRICT DU PATIENT ET DE SES EVENTUELS CONTACTS DOIT ETRE MIS EN PLACE SELON LES RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR.

Médecin prescripteur

Nom du Médecin prescripteur : _____

Date : |_|_| | |_|_| | |_|_| | 2 | 0 | |_|_| |

Signature électronique du Médecin dans la plateforme dédiée :

Ces informations sont à documenter sur la plateforme dédiée : www.atu-casirivimab-imdevimab.fr