

Bestellung über im Auftrag des BMG zentral beschaffte monoklonale Antikörper

Bestellung Mo-Do bis 11:00 Uhr; Fr- So bis 09:00
Uhr per Mail an Antikoerperbestellung@kliniken-koeln.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Bitte folgen Sie bei Ihrer Bestellung den unten aufgeführten Schritten:

- Nur **patientenbezogene und vollständig** ausgefüllte Anforderungen werden bearbeitet
- Es wird je Patient nur eine Dosis/anwendungsfertige Infusion abgegeben

Abholung:

- **Abholung durch die anfordernde Apotheke/Praxis in der Zentralapotheke der Kliniken der Stadt Köln gGmbH Mo-Do um 14:00 Uhr und Fr - So um 11:30 Uhr (am Wochenende Rücksprache über 0221 89070)**
Zentralapotheke der Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Ostmerheimerstraße 200, Haus 39, 51109 Köln
- bitte bringen Sie zur Abholung eine **Kühlbox mit Kühllakku** mit!

Aufwandspauschale: 33,62 EUR netto bzw. 40 EUR brutto / Stück (Vorgabe des BMG) folgt als Rechnung

Besondere Hinweise

- **Gewährleistung einer lückenlosen Nachverfolgbarkeit der Arzneimittel (Chargendokumentation)**
- Dokumentation des Patientenverlaufs durch Behandler
- Aktuell wird ein Mehrdosenbehältnis mit 1332mg/1332mg Casirivimab/Imdevimab in 11,1 ml ausgeliefert (BMG-Ware). *Bitte versuchen Sie ggf. mehrere Patienten mit dem Inhalt eines Vials zu behandeln. Zur Handhabung der angestochenen Vials sind die lokalen Hygienevorgaben zu berücksichtigen.*

Anfordernde/r Klinik/ Ärztin/Arzt (Stempel)

Patienten-ID (bei > 2 Patienten Doku auf Anlage)

Es wurde **Rücksprache** mit der Infektiologie gehalten (z.B. Beratungsnetzwerk des STAKOB).
Name des Gesprächspartners:

Datum der Beratung:

Der Einsatz erfolgt indikationsgerecht.
Verordnende/r Ärztin/Arzt

Stempel und lesbarer Name

Datum / Unterschrift

Ärztliche Verordnung über:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ronapreve® (Casirivimab/Imdevimab) je 120 mg/ml | für <input type="checkbox"/> Patienten |
| <input type="checkbox"/> Xevudy® (Sotrovimab) 500mg/8ml | für <input type="checkbox"/> Patienten |
| <input type="checkbox"/> Xevudy® (Sotrovimab) 1000mg/16ml (2x Amp.) | für <input type="checkbox"/> Patienten |
| <input type="checkbox"/> Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab) je 100 mg/ml | für <input type="checkbox"/> Patienten |

Dosierung:

Ronapreve® (Casirivimab/Imdevimab) _____ mg | _____ mg

Bestellung über im Auftrag des BMG zentral beschaffte monoklonale Antikörper

Wird von der anfordernden **Apotheke/Arztpraxis** ausgefüllt

Name der Apotheke/Arztpraxis: _____
Ansprechpartner: _____
Telefonnummer: _____
Mailadresse: _____

Interne Vermerke der zentralen Verteilstelle (Kliniken der Stadt Köln)

Eingang Bestellung am: _____ 2022 um: _____ : _____ Uhr

Warenausgang:

- Ronapreve® (Casirivimab/Imdevimab) je 120mg/ml** Charge: _____ Verwendbar bis: _____
- Xevudy® (Sotrovimab) 500mg/8ml** Charge: _____ Verwendbar bis: _____
- Xevudy® (Sotrovimab) 1000mg/16ml (2.Amp)** Charge 1: _____ Verwendbar bis: _____
Charge 2: _____ Verwendbar bis: _____
- Evusheld® (Tixagevimab/Cilgavimab) je 100mg/ml** Charge: _____ Verwendbar bis: _____

Abgabe von ____ Packungen durch: _____
Datum / Namenszeichen

Abgabe von ____ Herstellungen durch: _____
Datum / Namenszeichen

Abholung durch:

Name in Klarschrift Unterschrift

**Bestellung für im Auftrag des BMG zentral beschafften Arzneimittel CoVID-19 Prozesskurzbeschreibung
In der Klinik:**

- Klinikarzt trifft klinisch-therapeutische Entscheidung unter Kenntnis der ausführlichen Hinweise zum Arzneimittel auf der Internetseite des PEI https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?nn=169730&cms_pos=4
- Beratung durch Infektiologie, z. B. Beratungsnetzwerk des STAKOB https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Infektiologie_Berater_Netzwerk/IBN_node.html;jsessionid=FE5E4ECD0D2D21213F5DA46366DC71D9.internet072
- Anforderung an die Krankenhausapotheke mit diesem Formular
Intern via FAX: 3323 ; Extern via Email: antikoerperbestellung@kliniken-koeln.de (Rücksprache mit dem diensthabenden Apotheker über **0221 89070**)
- Patientenaufkleber und Klinikstempel aufbringen, Arzneimittel festlegen
- Verordnung und Bestätigung durch ärztliche Unterschrift
- Weitergabe des Formulars an die Krankenhausapotheke

In der zuständigen Krankenhausapotheke:

- Krankenhausapotheke führt Plausibilitätsprüfung durch
- Krankenhausapotheke trägt eigene Daten in das Formular vollständig ein und klärt Abholung
- **Anforderung mit Formular bei zuständiger Krankenhausapotheke per MAIL antikoerperbestellung@kliniken-koeln.de**
- **Abholung in der Krankenhausapotheke der KdSK Mo-Do um 14:00 Uhr und am Fr-So um 11:30 Uhr des Bestelltages!**