



ATTESTATION DE PRIORITE POUR LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19

Je soussigné-e, médecin, certifie que

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe :

fait partie des patient-e-s prioritaires pour la vaccination contre le COVID-19 en raison d'une des maladies chroniques listées ci-dessous :

Définitions des maladies pour les personnes atteintes de maladies chroniques et à haut risque (OFSP/CFV) :

| | |
|--|---|
| Maladies cardiaques | - Insuffisance cardiaque chronique Stade II de la NYHA et plus - Cardiopathie ischémique chronique symptomatique malgré un traitement médical |
| Hypertension artérielle | - Hypertension résistante au traitement (>160 mm Hg) ou hypertension avec complications cardiaques ou autre atteinte d'organes cibles |
| Maladies respiratoires | - Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) GOLD II ou plus - Emphysème / bronchiectasies sévères - Pneumopathie interstitielle / fibrose pulmonaire - Maladies associées à une capacité pulmonaire fortement réduite |
| Maladies hépatiques | - Cirrhose du foie avec antécédent de décompensation |
| Maladies rénales | - Insuffisance rénale chronique sévère avec DFG <30ml/min |
| Diabète | - Diabète (type 1 ou 2) avec atteinte d'organe significative ou un traitement mal adapté (HbA1c ≥ 8%) |
| Obésité | - Adultes avec IMC ≥ 35 kg/m ² |
| Trisomie 21 | |
| Immunodéficience* congénitale ou acquise suite à une maladie* ou à un traitement immunosuppresseur* | Immunodéficience significative chez les patients avec : - Maladies hématologiques malignes - Néoplasmes / maladies cancéreuses en cours de traitement - Maladies inflammatoires à médiation immunitaire (p. ex. lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), recevant un traitement immunosuppresseur (y compris les traitements comprenant une dose équivalente de prednisolone >20 mg/jour, les traitements d'épargne stéroïdienne et les traitements « biologiques »). - Infection HIV à partir d'un nombre de cellules T CD4+ <200 / µL. - Statut post-greffe d'organes, de moelle osseuse ou de cellules souches, tout comme les patients sur liste d'attente en vue d'une greffe |

* L'indication à la vaccination doit être décidée par le médecin spécialiste en charge du patient après une évaluation soigneuse du rapport bénéfice-risque.

Date :

Nom, prénom :

Signature et timbre professionnel:

Inscription: www.ge.ch/se-faire-vacciner-contre-covid-19 ou 0800 909 400