

Certificat type Vaccination COVID-19 FAI²R

Vaccination en très haute priorité des personnes à très haut risque

Je soussigné(e) Docteur _____,
certifie que mon patient :

Nom : _____

Prénom : _____

est une **personne à très haut risque selon la liste établie par le Ministère** pour les pathologies rares de la Filière de Santé FAI²R justifiant une vaccination en très haute priorité contre la COVID-19 :

Maladies auto-immunes systémiques rares (*barrer les mentions inutiles*) :

- Patients sous ou qui vont recevoir des corticoïdes ($\geq 15\text{mg/j}$ pendant plus de 3 semaines)
- Patients sous ou qui vont recevoir des immunosuppresseurs ou du RITUXIMAB

- Patients avec HTAP
- Patients avec fibrose pulmonaire associée aux connectivites
- Myosites avec CVF < à 70%

Signature