

DEMANDE FERINJECT EN HAD

PATIENT	☐ Mme ☐ M.	Adresse (lieu de prise en charge en HAD) :
	NOM d'usage :	
	NOM de naissance :	
	Prénom(s) :	Tél :
	Date de naissance :	Accord verbal du patient : ☐ oui ☐ non
MEDECIN PRESCRIPTEUR	NOM :	Prénom :
	☐ Médecin traitant	☐ Médecin hospitalier
	Tél :	Établissement et service :
	@mail :	Tél : @mail :

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM :	Prénom :
Lien de parenté :	Tél :

Environnement médical (si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant du patient)

NOM/Prénom du médecin traitant :
Tél :

Contre-Indication au Ferinject® en HAD

- × Enfant de moins de 16 ans
- × Grossesse
- × Antécédent d'allergie grave
- × Distance Domicile-Hôpital > 30 mn
- × Antécédent d'allergie à la substance active Ferinject® ou à l'un de ses excipients
- × Antécédent d'allergie à tout autre injection de Fer administrée par voie parentérale

Absence de contre-indication au Ferinject® : ☐ oui ☐ non

Indication au Ferinject® :

☐ Indication médicale	☐ Indication chirurgicale
Précisez le contexte à la carence martiale (+/- date d'intervention chirurgicale si contexte chirurgical) :	
Supplémentation orale en fer : ☐ Inefficace ☐ Non tolérée	
☐ Non réalisée - à préciser :	

Données patient complémentaires :

Précédente injection parentérale de Fer ☐ oui ☐ non	Si oui préciser la date :
Patient sous Béta bloquant : ☐ oui ☐ non	Poids du patient (kg) :

Prescription médicale Ferinject® :

1 ^{re} dose : ☐ 500 mg ☐ 1000 mg	Si 2 ^e dose, 2 ^e dose : ☐ 500 mg ☐ 1000 mg	Si 3 ^e dose, 3 ^e dose : ☐ 500 mg
---	--	---

Pièces à joindre obligatoirement :

R Biologie < 1 mois comprenant : • Taux d'hémoglobine • Ferritinémie • Coefficient de saturation de la transferrine

Cachet et signature du médecin prescripteur

Date : ____/____/____