

## DEMANDE D'ADMISSION : FERINJECT EN HAD

PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse du domicile :

Tél :

ETIQUETTE PATIENT (si disponible)

PRESCRIPTEUR

NOM :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Service :

Spécialité :

Tel :

Fax :

### MEDECIN TRAITANT :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Accord médecin traitant pour la prise en charge

OUI

NON

### ENTOURAGE PATIENT (PERSONNE A PREVENIR) :

NOM :

Prénom :

Tel :

### CONTRE-INDICATION AU FERINJECT® EN HAD :

- Grossesse
- Antécédent d'allergie grave
- Antécédent d'allergie à la substance active Ferinject® ou à l'un des excipients
- Antécédents d'allergie à tout autre injection de fer administré par voie parentérale
- Patient habitant à plus de 20 minutes d'une antenne SMUR

INDICATION MEDICALE

INDICATION CHIRURGICALE

**CONTEXTE MEDICAL / INDICATION AU FERINJECT®**

(+/- DATE D'INTERVENTION CHIRURGICALE si indication chirurgicale)

**PRECEDENTE INJECTION :**

OUI, date :

NON

**BIOLOGIE :** Date :

Hb :

Ferritine :

CST :

**POIDS DU PATIENT (KG) :**

**PATIENT BETABLOQUE :**

OUI

NON

**FERINJECT EN HAD :**

Dose 1<sup>ère</sup>

Date souhaitée

Dose 2<sup>ème</sup>

Date souhaitée

Dose 3<sup>ème</sup>

Date souhaitée

Date de la demande :

Nom / Prénom du médecin prescripteur :

CACHET + SIGNATURE MEDECIN PRESCRIPTEUR

**Joindre à cette demande :**

- Ordonnance de FERINJECT.
- Dernier compte-rendu détaillé d'hospitalisation ou de consultation.
- Dernier bilan biologique (comprenant au minimum hémoglobine, ferritine, CST).

