

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^{ère}

Date souhaitée

Dose 2^{ème}

Date souhaitée

Dose 3^{ème}

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).