

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

NOM du patient Prénom.....

☐ 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^{re}

Date souhaitée

Dose 2^e

Date souhaitée

Dose 3^e

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)