

## DEMANDE D'ADMISSION : FERINJECT EN HAD

PATIENT

NOM :  
Prénom :  
Date de Naissance :  
Adresse du domicile :  
Tél :

ETIQUETTE PATIENT (si disponible)

PRESCRIPTEUR

NOM : Service :  
Prénom :  
Adresse : Spécialité :  
Mail : 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<sup>re</sup> Date souhaitée

Dose 2<sup>e</sup> Date souhaitée

Dose 3<sup>e</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)