

Numéro téléphone : 03.62.28.8000

Adresse mail : had@santexceljura.fr

## 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

**POIDS DU PATIENT (KG) :**

**PATIENT BETABLOQUE :**  OUI  NON

**FERINJECT EN HAD :**

Dose 1<sup>ère</sup> injection :

Date souhaitée :

Dose 2<sup>ème</sup> injection :

Date souhaitée :

Dose 3<sup>ème</sup> injection :

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).