

DEMANDE FERINJECT EN HAD

PATIENT

☐ M. ☐ Mme

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Adresse (lieu de prise en charge en HAD) :

Date de Naissance :

Prénom(s) :

Accord verbal du patient : ☐ oui ☐ non

Tél :

MEDECIN
PRESCRIPTEUR

NOM :

☐ Médecin traitant

Si médecin hospitalier :

Établissement :

@mail (sécurisée) :

Prénom :

☐ Médecin hospitalier

Service :

Tél :

Entourage du patient / personne à prévenir

NOM :

Lien de parenté :

Tél fixe :

Prénom(s) :

Tél portable :

Environnement médical (si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant du patient)

Nom du médecin traitant :

Adresse cabinet médical :

Tél :

Contre-Indication au Ferinject® en HAD

- × Grossesse
- × Enfant de moins de 16 ans
- × Distance Domicile-Hôpital > 30 mn
- × Antécédent d'allergie grave
- × Antécédent d'allergie à la substance active Ferinject® ou à l'un de ses excipients
- × Antécédent d'allergie à tout autre injection de Fer administrée par voie parentérale

Absence de contre-indication au Ferinject® : ☐ oui ☐ non

Indication au Ferinject® :

☐ Indication médicale

☐ Indication chirurgicale

Précisez le contexte à la carence martiale (+/- date d'intervention chirurgicale si contexte chirurgical) :

Données patient complémentaires :

Précédente injection parentérale de Fer ☐ oui ☐ non Si oui préciser la date :

Patient sous Bétabloquant : ☐ oui ☐ non

Prescription médicale Ferinject® :

1^{er} dose : ☐ 500 mg ☐ 1000 mg

Si 2^e dose, 2^e dose : ☐ 500 mg ☐ 1000 mg

Pièces à joindre obligatoire :

- ☒ Biologie < 1 mois comprenant :
 - Taux d'hémoglobine
 - Ferritinémie
 - Coefficient de saturation de la transferrine

Signature et cachet du médecin prescripteur :

Date :/...../.....