

DEMANDE D'ADMISSION HAD PAU – Administration FERINJECT®
A FAXER au 05 59 72 72 83 / tél. 05 59 92 48 31 / had@ch-pau.fr

NOM / Prénom du patient : Né(e) :

Adresse du patient :

..... Téléphone :

Date de la demande :	Date souhaitée pour administration du Ferinject®:	Médecin prescripteur : Etablissement : Tél / DECT :
--------------------------------------	---	---

PREALABLES POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD :
Accord du patient et son entourage Accord du médecin traitant

DIAGNOSTIC / MOTIF de la demande :

Indication médicale / Indication chirurgicale → Date intervention :

.....
.....
.....

Patient : autonome semi-autonome grabataire

ANTECEDENTS

.....
.....

Le patient a-t-il déjà bénéficié, au cours de sa vie, d'une perfusion de Ferinject® ? OUI NON

Choc anaphylactique : OUI NON Œdème de Quincke : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Obligatoires) → Joindre résultats biologiques

Bilan martial (< 1 mois)

Poids :kg

Hémoglobine :g/dL

Ferritine : µg/L

CST : %

PRESCRIPTION MEDICALE

Posologie **totale** de carboxymaltose ferrique (FERINJECT®) prescrite :mg

par voie intraveineuse à diluer dans 250ml Nacl 0.9% INJ pendant 30 minutes

Fractionnés en perfusion(s) = **J1** :mg **J8** :mg **J15** :mg

CALCUL DE LA DOSE – schéma posologique												
Poids	< 35 kg			35 à 49 kg			50 à 69 kg			> 70kg		
	Hb (g/dL)	Hb < 10	10 < Hb < 14	Hb > 14	Hb < 10	10 < Hb < 14	Hb > 14	Hb < 10	10 < Hb < 14	Hb > 14	Hb < 10	10 < Hb < 14
Dose totale	500mg	500mg	500mg	1500mg	1000mg	500mg	1500mg	1000mg	500mg	2000mg	1500mg	500mg
Schéma recommandé	J0 = 500mg	J0 = 500mg	J0 = 500mg	J0 = 500mg J8 = 500mg J16 = 500mg	J0 = 500mg J8 = 500mg	J0 = 500mg	J0 = 1000mg J8 = 500mg	J0 = 1000mg	J0 = 500mg	J0 = 1000mg J8 = 1000mg	J0 = 1000mg J8 = 500mg	J0 = 500mg

Nom, Prénom et signature du médecin prescripteur :

.....

Tampon médical