

PRESCRIPTION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

PRESCRIPTEUR

DEMANDEUR HOSPITALIER Etablissement : Service : Médecin référent : Tel :	MEDECIN TRAITANT Nom : Prénom : Tel :
---	---

Dates / Semaines des injections souhaitées :

PATIENT

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
 N° téléphone :
 N° de sécurité sociale :

Personne à joindre pour préparer l'HAD :
 Nom Prénom :
 Tel :

Patient / entourage informé de la demande d'HAD :
 OUI NON

PARTIE MEDICALE (indispensable)

Diagnostic/motif de la prise en charge

 Posologie totale de carboxymaltose ferrique (FERINJECT®)
 prescrite :
par voie intraveineuse
 Fractionnée eninjections demg chacune à au moins
 1 semaine d'intervalle
 Voie d'abord en place : périphérique O/N centrale O/N
 Hémoglobine :
 Bilan Martial (<1mois) :
 Ferritine.....
 CST.....
 Poids :

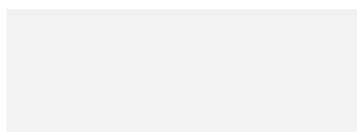
Antécédents notables : atopie connue
 (eczéma O/N, asthme O/N allergie médicamenteuse O/N
 allergie connue au Fer IV O/N)
 Ethylisme chronique O/N ; Pathologie auto immune ou
 inflammatoire O/N ;
 Pathologie cardiovasculaire : O/N si oui laquelle ?

 Traitements en cours (AINS O/N, bêtabloquants O/N,
 IEC O/N, autre)
 Traitement par fer : Oral/ IV si oui quand ?
 Remarques :

Calcul de la dose et schéma posologique du fer carboxymaltose

Poids du patient	<35 kg			35 à 49 kg			50 à 69 kg			> 70 kg		
	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14
Etape 1 : Détermination des besoins en fer	500 mg	500 mg	500 mg	1500 mg	1000 mg	500 mg	1500 mg	1000 mg	500 mg	2000 mg	1500 mg	500 mg
Etape 2 : Schéma posologique recommandé	J0: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 500 mg J8: 500 mg J16: 500 mg	J0: 500 mg J8: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 1000 mg J8: 500 mg	J0: 1000 mg	J0: 500 mg	J0: 1000 mg J8: 1000 mg	J0: 1000 mg J8: 500 mg	J0: 500 mg

Signature et cachet du demandeur
 Date.....



A transmettre à l'HAD
 par fax 02 98 31 30 67 ou par email secretariat.had@vivalto-sante.com

Secteur d'intervention de l'HAD du Ponant

