



**HOSPITALISATION A DOMICILE
DE CORSE**

Résidence Bureaux Sud
RN-193 20600 BASTIA
Tel : 04 95 55 09 00
Fax : 04 95 33 40 16

**Fiche et prescription médicales de
demande d'admission en HAD**

Pour prise en charge FERINJECT

Processus : Prise en charge

Sous processus : Parcours du patient

Référence : ENR COO 001

Version : 02

Page 1 sur 1

A envoyer par messagerie à contact@haddecorse.fr -ou par ViaTrajectoire

IDENTITE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR : généraliste / spécialiste / hospitalier

Nom du médecin : Téléphone :

Etablissement :

Service :

IDENTITE DU MALADE :

Nom prénom : Nom J. fille :

Né(e) le : N° SS :

Adresse :

CP Ville : Téléphone :

MEDECIN TRAITANT :

INDICATION MEDICALE (renseignements indispensables)

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 :

Hémoglobine : Bilan Martial (<1mois): Ferritine.....CST.....

Poids :

Antécédents notables : Atopie connue eczéma / Asthme / Allergie médicamenteuse / Allergie connue au Fer IV /
Ethylysme chronique / Pathologie auto immune ou inflammatoire ?

Pathologie cardiovasculaire :

Traitements en cours : AINS / bêtabloquants / IEC autre

Traitement par fer : Oral/ IV si oui quand ?

Remarques :

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

Diagnostic connu du malade : NON / OUI

Diagnostic connu de la famille : NON / OUI

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

Je soussigné(e), Le Médecin

Vu l'état de santé de M., Mme, Melle

Prescrit son admission dans le service d'Hospitalisation à domicile le :

CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :

DATE ET SIGNATURE :