HAD HOSPITALISATION A DOMICILE DE CORSE Résidence Bureaux Sud RN-193 20600 BASTIA Tel : 04 95 55 09 00 Fax : 04 95 33 40 16	**Prise en charge du patient** **FICHE ET PRESCRIPTION MEDICALES DE DEMANDE D'ADMISISON EN HAD** **Pour prise en charge FERINJECT**	**ENR COO 001** **V03**

*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 en .....injections de .....mg à J0 ; de .....mg à J8 et de .....mg à J15 *(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 / Ethylisme chronique / Pathologie auto immune ou inflammatoire ?
Pathologie cardiovasculaire : .....

Traitements en cours : AINS / bétabloquants / 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**		
Taux Hémoglobine (g/dL)	**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 .....
Prescris son admission dans le service d'Hospitalisation à domicile le : .....

CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR : DATE ET SIGNATURE :