

**DEMANDE D'ADMISSION en HAD PAU**  
**pour ADMINISTRATION FERINJECT® - Filière « FerHADom »**  
*A FAXER au 05 59 72 72 83 / tél. 05 59 92 48 31*

NOM / Prénom du patient : ..... DDN : .....

Adresse du patient : .....

..... Téléphone : .....

<b>Date de la demande :</b> .....	<b>Date souhaitée pour administration du Ferinject® :</b> .....	<b>Médecin prescripteur :</b> ..... Établissement : ..... 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 du Nacl 0.9% INJ pendant 30 minutes.**

100 à < 200mg → 50ml Nacl 0.9%

200 à < 500mg → 100ml Nacl 0.9%

500 à 1000mg → 250ml Nacl 0.9%

Fractionnée en ..... injection(s) de .....mg chacune à au moins 1 semaine d'intervalle.

Voie d'abord à utiliser :

VVP

PAC

PICCLINE

MIDLINE

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
Etape 1 : Détermination des besoins en fer	500 mg	600 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

Nom, Prénom et signature du médecin prescripteur :

Tampon médical