

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE FER INTRAVEINEUX
 TEL : 075 434 55 36
 E-MAIL : perfusions@ehc.vd.ch

Nom et Prénom du patient :
 Date de naissance : Tél. :
 Adresse :

Poids :
 Allergie (préciser médicament, type / gravité allergie) :
 Attitude : Réanimer Ne pas réanimer Autres limitations :

Hémoglobine: g/dL (du /... /.....) ↓
Ferritine : µg/L (du /... /.....) ↓
<p align="center">INDICATION AU TRAITEMENT</p> <p align="center"><u>(si grossesse, préciser nombre de semaines)</u></p> <p align="center">.....</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement de 1ère intention, raison :</p> <p><input type="checkbox"/> Echec substitution orale</p> <p align="center">↓</p>
<p>Traitement demandé :</p> <p><input type="checkbox"/> Ferinject®, posologie et intervalle :</p> <p><input type="checkbox"/> Venofer®, posologie et intervalle :</p> <p><input type="checkbox"/> A déjà reçu ce traitement?.....</p> <p><input type="checkbox"/> Complications lors du traitement?</p>

NB : Nous rappelons que le traitement de fer i. v. aura lieu que pour les indications reconnues dans les recommandations EHC V1.1 28Sept2016, sous réserve d'une demande dûment complétée et des documents envoyés.

Nom et prénom médecin prescripteur :
 Date / tampon / signature :
 Tél : Mail :

ESPACE RESERVE EHC

MEDECIN
 Nom et prénom, date, signature de validation :
 Commentaires :

SECRETARIAT
 Convocation (date/heure RDV) :
 Remarques :