

FICHE MÉDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD SPÉCIFIQUE POUR PERFUSION DE FER

→ **Le médecin traitant doit impérativement être informé et doit accepter le suivi de son patient**

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

DEMANDEUR		
ETABLISSEMENT :		
SERVICE :		
TELEPHONE :	FAX :	MAIL :
IDENTITE DU PATIENT :		MEDECIN TRAITANT (si différent du demandeur) :
NOM DE NAISSANCE :		NOM :
NOM D'USAGE :		ADRESSE :
PRENOM(S) :		TELEPHONE : PORTABLE :
DATE DE NAISSANCE :		FAX :
ADRESSE :		PERSONNE DE CONFIANCE OU RESPONSABLE LEGAL :
CODE POSTAL /VILLE :		NOM PRENOM :
TELEPHONE :		ADRESSE :
N°SS :		TELEPHONE :
DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR UNE ADMISSION :		LIEN DE PARENTE :
Attestation carte vitale ☐ <u>et/ou</u> Bulletin hospitalisation ☐		
Attestation carte mutuelle* (recto-verso) ☐		
MUTUELLE ALD : oui ☐ non ☐		
VIT : seul ☐ en couple ☐ chez un proche ☐		
MOTIF DE LA DEMANDE :		PATHOLOGIE PRINCIPALE :
Pathologie principale :		ALLERGIES : ☐ Non ☐ Oui :
		ANTECEDENTS : ☐ Non ☐ Médicaux ☐ Chirurgicaux
DONNEES BIOLOGIQUES :		STATUT INFECTIEUX :
Hb :		☐ Patient sans facteur de risque
Ferritine :		☐ Patient à risque BMR
CST :		☐ Patient porteur de BMR connu
Poids : Taille :		DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE : ☐ OUI ☐ NON
IMC :		DIAGNOSTIC CONNU DE LA FAMILLE : ☐ OUI ☐ NON
Variation du poids : ☐ Non ☐ Oui :		RISQUE SUICIDAIRE : ☐ OUI ☐ NON
Perte de poids récente : - ... Kg en ... mois		DIRECTIVES ANTICIPEES CONNUES : ☐ OUI ☐ NON
☐ Localisation permettant un délai d'intervention SMUR ou équipe d'urgences 20 minutes		
☐ Spesis en cours (= précaution d'emploi pouvant justifier de décaler la perfusion en HAD)		
Contre-indications, ou précautions justifiant de privilégier par exemple un hôpital de jour :		
☐ Antécédent d'allergies au fer IV		
☐ Allergies connues (y compris médicamenteuses)		
☐ Terrain atopique (asthme, eczéma)		
☐ Troubles immunitaires ou inflammatoires (lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde)		
☐ Grossesse en cours		
Prescription :		
1 ^{ère} injection :	milligrammes	Date souhaitée : ... / ... /
+/- 2 ^{ème} injection :	milligrammes	Date souhaitée : ... / ... /
Date : ... / ... /		
Dr :		
Cachet et signature du médecin prescripteur :		