

**Transmettre ce formulaire par courriel aux coordonnées ci-contre, accompagné de la prescription médicale et de la fiche administrative du patient (uniquement pour les patients suivis par un médecin hospitalier)**

## PARTIE ADMINISTRATIVE (★ données obligatoires)

Identification du demandeur	Établissement ★ :	Service ★ :
	Médecin référent ★ :	Signature ★ :
Personne à prendre en charge	Nom de naissance ★ :	Prénom ★ :
	Nom marital ★ :	Date de naissance ★ :
	Adresse ★ :	
	Code Postal ★ :	Commune ★ :
	☎ : _____	Courriel :
	Patient : <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Semi valide <input type="checkbox"/> Grabataire <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Personne à prévenir ou <input type="checkbox"/> personne de confiance	Nom : _____	Prénom : _____
	☎ : _____	
Médecin traitant	Nom : _____	Prénom : _____
	☎ : _____	

## PARTIE MÉDICALE (★ données obligatoires)

<input type="checkbox"/> Indication médicale ★	Diagnostic / motif de la prise en charge ★ :			
	<input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Carence martiale			
	Étiologies ★ :			
	<input type="checkbox"/> Ulcère	<input type="checkbox"/> Métrorragie	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	
	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Ménorragie	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	
	<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> Fibrome	<input type="checkbox"/> Intolérance traitement per os	
	<input type="checkbox"/> Sleeve			
	<input type="checkbox"/> By pass	<input type="checkbox"/> Autre :		
	Antécédents ★ :			
	Hémoglobine ★ :	g/dL		
Bilan martial ★ ➡	Ferritine :	Transferritine :	CST :	
Poids du patient :	Kg			
Allergie(s) connue(s) :				
<input type="checkbox"/> Indication chirurgicale	Type de chirurgie ★ :			
	Date de l'intervention : ____ / ____ / 202__			
Dates de la 1 <sup>re</sup> injection souhaitée	____ / ____ / 202__			
À transmettre avec la demande ★	Prescriptions médicales :			
	<input type="checkbox"/> Dernier bilan sanguin : NFS, plaquette, bilan de carence martiale	<input type="checkbox"/> Ferinject <sup>®</sup> (cf. page suivante pour le dosage)		
	<input type="checkbox"/> Comptes-rendus médicaux si possible	<input type="checkbox"/> EPO si nécessaire		
		<input type="checkbox"/> Traitement habituel		

## OUTIL D'AIDE À LA PRESCRIPTION DE FERINJECT

POIDS CORPOREL	HB < 10 g/dL	HB > 10 g/dL
De 35 à 50 Kg	<b>Dose totale :</b> 1500 mg de fer Dose à J1 : 500 mg Dose à J8 : 500 mg Dose à J15 : 500 mg	<b>Dose totale :</b> 1000 mg de fer Dose à J1 : 500 mg Dose à J8 : 500 mg
De 50 à 70 Kg	<b>Dose totale :</b> 1.500 mg de fer Dose à J1 : 1.000 mg Dose à J8 : 500 mg	<b>Dose totale :</b> 1.000 mg de fer Dose à J1 : 1.000 mg
> 70 Kg	<b>Dose totale :</b> 2.000 mg de fer Dose à J1 : 1.000 mg Dose à J8 : 1.000 mg	<b>Dose totale :</b> 1.500 mg de fer Dose à J1 : 1.000 mg Dose à J8 : 500 mg