



PRESCRIPTION MEDICALE DE FER INJECTABLE EN HAD

PARTIE ADMINISTRATIVE

| PATIENT | |
|-------------------|----------------------------------------|
| Nom usuel : | Nom de naissance : |
| Prénom(s) : | Date de naissance : Sexe : |
| Adresse : | |
| Ville : | Tél. patient et/ou famille : |

PARTIE MEDICALE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indication médicale | <input type="checkbox"/> Indication chirurgicale |
| | Date de l'intervention : |
| Merci de joindre à cette prescription le dernier bilan sanguin du patient (avec l'hémoglobine et la ferritine) | |
| Patient : <input type="checkbox"/> valide <input type="checkbox"/> semi-valide <input type="checkbox"/> grabataire | |
| Poids : Allergie(s) : | |
| Antécédents : | |
| Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Œdème de Quincke <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Hémoglobine : Ferritine : CST : | |
| Dose première injection : Date souhaitée : | |
| Dose deuxième injection : Date souhaitée : | |

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : Prénom : Tél. :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin hospitalier : Prénom : Tél. :

Date :

Signature et cachet :