

PREScription MEDICALE DE FER INJECTABLE EN HAD

PARTIE ADMINISTRATIVE

PATIENT

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom(s) : Date de naissance : Sexe :
Adresse :
Ville : Tél. patient et/ou famille :

PARTIE MEDICALE

☐ Indication médicale

Etiologie de la carence martiale :

Explorations :

Fer oral :

☐ Non efficace

☐ Non toléré

ATCD de fer IV :

☐ FERINJECT

☐ VENOFER

☐ Aucun

☐ Indication chirurgicale

Date de l'intervention :

.....

Merci de joindre à cette prescription le dernier bilan sanguin du patient (avec l'hémoglobine et la ferritine)

Antécédents :

Allergie(s) :

Choc anaphylactique

☐ Oui ☐ Non

Œdème de Quincke

☐ Oui ☐ Non

Poids : Hémoglobine : Ferritine : CST :

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : Prénom : Tél. :

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin hospitalier : Prénom : Tél. :

Date :

Signature et cachet :