

PATIENT

*remplissage obligatoire pour validation de la demande

NOM de naissance * _____ Prénom * _____
 DDN *: ____/____/____
 Adresse* _____
 Téléphone* _____
 Actuellement le patient se trouve : A domicile En Etablissement
 Le patient informé de la demande HAD* ? Oui Non
 Entourage / Personne à joindre pour préparer l'entrée en HAD :
 Téléphone* _____
 A transmettre avec la demande* : **Dernier CR Hospitalier avec ttt et ATCD, ou feuille anesth**

INS OU N° DE S.S* :

**Ou Coller ici
 étiquette patient**

PARTIE MEDICALE

Demandeur : Dr* _____
 Joignable au * : tel : _____
 ETABLISSEMENT/ service* : _____
 Tel SECRETARIAT associé* : _____
 Et Mail secrétariat* : _____

Médecin traitant* : _____
 Informé de la demande HAD ? : Oui Non

ORDONNANCE / PRESCRIPTION CARBOXYMALTOSE FERRIQUE (FERINJECT®)

1ère injection de Ferinject : dose Date souhaitée +/-48h :
 (1ere déjà réalisée en milieu hospitalier ? oui non)

2ème injection de Ferinject : dose Date souhaitée +/-48h :

Indication médicale * : _____

Si Indication chirurgicale date opératoire prévue * : _____

Voie d'abord :

/ ! \ s'assurer d'un capital veineux satisfaisant
 OU voie d'abord disponible (PICC-line, CIP...)

Données biologiques* :

- Hb :**
- Poids :**
- Bilan martial récent* :**
- Ferritine :**
- Transferrine :**
- C.S.T.**

Contre indication prise en charge HAD si :

Asthme sévère
 Allergie sévère (médicamenteuse ou autre).....
 Ethylisme
 Femme enceinte.....

1ère injection en hospitalisation conventionnelle si :

Asthme léger à modéré.....
 Allergie avec recourt ponctuel antihistaminique
 Pathologie auto-immune ou inflammatoire

Date et Signature médecin prescripteur* :

1 INDICATIONS

Biologique : Ferritine < 100 µg/l ou Ferritine < 300 et CST < 20% ET :

- ~ Supplémentation par fer orale inefficace ou impossible : malabsorption, MICI, insuffisance rénale (DFG < 30 mL/min / patient dialysé) et/ou traitement par EPO, syndrome inflammatoire, interférence médicamenteuse (à préciser), intolérance démontrée au fer orale ou inefficacité malgré une optimisation du traitement. Mauvaise compliance au traitement oral.
- ~ Si situation clinique indiquant la prescription de fer I.V. :
 - Obstétriques : post-partum.
 - Chirurgie : préopératoire d'une intervention potentiellement hémorragique, post-opératoire de chirurgie lourde sans indication transfusionnelle.
 - Cardiologie insuffisance cardiaque avec FEVG altérée < 45% ou sortie de décompensation avec hospitalisation et FEVG < 55%

2 CRITERES EXCLUSION HAD

- ~ Hypersensibilité à la substance active, à FERINJECT® ou à l'un des excipients (hydroxyde de sodium, acide chlorhydrique, eau pour préparation injectables),
- ~ Hypersensibilité grave connue à tout autre Fer administré par voie parentérale,
- ~ Anémie non liée à une carence martiale, par exemple autre anémie microcytaire,
- ~ Profil ayant un risque accru de présenter une réaction d'hypersensibilité :
 - Allergies connues, y compris allergie médicamenteuse
 - Antécédent d'asthme, d'eczéma ou de tout autre type d'allergie (terrain atopique) sévères
- ~ Grossesse au 2e et 3e trimestre
- ~ Présence de signe de surcharge martiale ou des troubles d'utilisation du fer : hémochromatose primitive ou secondaire, éthyliste chronique.

		Poids corporel								
Taux d'Hb		De 35 à 50 kg			De 50 à 70kg			> 70kg		
<10g/dL	Détermination des besoins en FER	1,5 g			1,5g			2g		
	Schéma posologique recommandé	J1	J8	J15	J1	J8	J15	J1	J8	J15
		500mg	500mg	500mg	1000mg	500mg	-	1000mg	1000mg	-
de 10g/dL à 14g/dL	Détermination des besoins en FER	1g			1g			1,5g		
	Schéma posologique recommandé	J1	J8	J15	J1	J8	J15	J1	J8	J15
		500mg	500mg	-	1000mg	-	-	1000mg	500mg	-