

Prescription de perfusion de fer i.v. (Ferinject)

Patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	
No de carte d'assuré Si disponible, commence par 807560	

Diagnostic

--

Présence de pathologie influant le métabolisme du fer

<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin <input type="checkbox"/> Contexte oncologique	<input type="checkbox"/> Grossesse : dès le 2ème trimestre <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> Jambes sans repos <input type="checkbox"/> Traitement préopératoire (date OPS:)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prescription de Ferinject

Principe de dosage maximal <input type="checkbox"/> <50 kg: 20mg fer/kg de poids corporel/semaine <input type="checkbox"/> >50 kg: 1000 mg fer/semaine	Outil de calcul de dosage disponible sous : iron.medline.ch (login avec DocCheck Login)
Poids du patient :	kg
Nombre d'injections	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Dosage 1ère injection	<input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1000 mg <input type="checkbox"/> autre :
Dosage si 2e injection	<input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1000 mg <input type="checkbox"/> autre :
Début du traitement souhaité	<input type="checkbox"/> dès que possible <input type="checkbox"/> dans 1 sem. <input type="checkbox"/> le.....
Intervalle entre 2 injections (en semaines)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Le patient a-t-il déjà reçu préalablement une perfusion de fer ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, avec bonne tolérance <input type="checkbox"/> pas d'information
Remarque :	
Le médecin confirme avoir expliqué les risques et bénéfices du traitement au patient et avoir obtenu son consentement éclairé.	

Demande réalisée par

Nom du médecin (Tampon)	Date	Signature

- 1** Merci d'envoyer cette demande à : info@cmgr.ch
- 2** Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue

Ce document est disponible au format PDF :
www.cmgr.ch/documents-externes