

FICHE MÉDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION SPÉCIFIQUE POUR LES PERFUSIONS

IDENTITE DU PATIENT Nom et Prénom : Date de naissance : Adresse : Assurance : N° CADA : 807560	MEDECIN TRAITANT Nom : Adresse : Tel : Mail : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE/RESPONSABLE LEGAL Nom et Prénom : Adresse : Tel : Lien :
MOTIF DE LA DEMANDE (à remplir par le médecin demandeur) Pathologie principale :	Allergie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI Si oui à préciser : STATUT INFECTIEUX <input type="checkbox"/> Patient sans facteur de risque <input type="checkbox"/> Patient avec facteur de risque (à préciser)
DONNEE BIOLOGIQUES : A joindre à la demande le dernier résultat de laboratoire	Poids : kg Taille : cm IMC : Perte de poids récente : kg en mois Grossesse <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> OUI SA.....
PRESCRIPTION MEDICALE Produit prescrit <input type="checkbox"/> Ferinject Antécédents de réaction au fer IV : Non Oui <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
Posologie prescrite 500 mg 1000 mg Autre : Fréquence ou nombre de séances prévues :	Mode d'administration : Perfusion intraveineuse lente Autre : Durée estimée de la perfusion :
Indication clinique : Carence martiale documentée Intolérance ou échec des traitements oraux Autre :	
INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT Le patient a été informé des éléments suivants : Motif et indication de la perfusion Bénéfices attendus du traitement Modalités de réalisation Effets indésirables possibles : réactions allergiques, nausées, céphalées, hypotension, douleurs au point d'injection, etc. Risques rares mais graves : choc anaphylactique (notamment avec les dérivés du fer) Consentement du patient : Le patient déclare avoir été informé de manière claire, compréhensible et complète Il a eu l'opportunité de poser des questions Il donne son accord pour la réalisation de la perfusion	
CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR Date :	SIGNATURE DU PATIENT OU REPRÉSENTANT LÉGALE Date