

FER CARBOXYMALTOSE FERRIQUE (FERINJECT®)

<p><u>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</u></p> <p>☎ : 04 72 27 47 00</p> <p>Mail : admission@hadlyon.asso.fr <u>(A privilégier)</u></p> <p>Fax : 04 72 27 23 50</p>	<p><u>Secrétariat du Service Social :</u></p> <p>☎ : 04 72 27 23 76</p>
---	---

ADRESSEUR		
Etablissement hospitalier		
Service adresseur		☎ :
Nom du médecin adresseur		☎ :
Nom du cadre infirmier		☎ :

IDENTITE DU PATIENT	PROFESSIONNEL DE VILLE
<p align="center"><u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient</u></p>	
<p><u>Nom</u> :</p> <p><u>Prénom</u> :</p> <p><u>Nom de jeune fille</u> :</p> <p><u>Sexe</u> :</p> <p><u>Date de naissance</u> :</p> <p><u>Lieu</u> :</p> <p><u>Situation familiale</u> :</p> <p> <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire </p> <p>Adresse précise en H.A.D. :</p> <p>☎ Domicile :</p> <p>Entourage à joindre pour préparer l'HAD : (Préciser lien avec le patient)</p> <p>Nom :</p> <p>☎ :</p> <p>Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Tutelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nom :</p> <p>☎ :</p>	<p><u>Nom du médecin traitant</u> :</p> <p><u>IDEL</u> :</p> <p><u>Laboratoire</u> :</p>
<p align="center">SOCIAL</p>	
<p>Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :</p> <p>N° d'Immatriculation :</p> <p>A.L.D : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	

Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :

URGENT (Dans la journée) ☐ Oui ☐ Non

SI PATIENT DEJA A DOMICILE, UNE EVALUATION MEDICALE AU CHEVET DU PATIENT EST INDISPENSABLE DANS LES 48H AVANT L'ENVOI DE CETTE DEMANDE

MEDICAL

Antécédents :

Pathologie et motif(s) de prise en charge en HAD :

Nom et prénom du patient :

VOIE(S) D'ABORD	
Abord veineux : <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> PICCLINE <input type="checkbox"/> PAC	
INFORMATIONS MEDICALES	
Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Première injection réalisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Tolérance :
Allergie(s) connue(s) :	Statut vaccinal covid (Non vacciné, nb de doses, ...) :
Hémoglobine :	Bilan Martial Ferritine : CST :
<u>Poids et taille du Patient :</u> <u>Variation du poids avant l'hospitalisation :</u> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Inconnue</div>	
Autre traitement (Hors PER OS) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	

DEPENDANCE : chaque item est coté de 1 à 4 (1 : autonome – 4 : dépendance totale)						
Habillage	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation	TOTAL

Prescription de Ferinject	
Dose 1er Injection :	Date souhaitée :
Dose 2ème Injection :	Date souhaitée :

Prescription d'EPO	
Dose 1er Injection :	Date souhaitée :
Dose 2ème Injection :	Date souhaitée :
Dose 3ème Injection :	Date souhaitée :
Dose 4ème Injection :	Date souhaitée :

Nom ET signature du médecin adresseur :

PS : Dans le contexte épidémique actuel, pour toute admission en HAD, le résultat d'un test RT-PCR < 48h est demandé.