

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D
FER CARBOXYMALTOSE FERRIQUE (FERINJECT®)

Secrétariat médical (réception de vos demandes) :

Téléphone : 04 72 27 47 00
Mail : admission@hadlyon.asso.fr (A privilégié)
Fax : 04 72 27 23 50

Secrétariat du Service Social :

Téléphone : 04 72 27 23 76

ADRESSEUR

Etablissement hospitalier	
<i>Service adresseur</i>	Téléphone :
<i>Nom du médecin adresseur</i>	Téléphone :
<i>Nom du cadre infirmier</i>	Téléphone :

IDENTITE DU PATIENT

PROFESSIONNEL DE VILLE

Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient

Nom du médecin traitant :

Nom :

IDEI :

Prénom :

Laboratoire :

Nom de jeune fille :

SOCIAL

Nom de la caisse de sécurité sociale (indispensable) :

Sexe :

N° d'immatriculation :

Date de naissance :

A.I.D : *Oui* *Non*

Lieu :

Prénom :

Situation familiale :

Prénom :

Marié Concubinage Veuf Célibataire

Prénom :

Adresse précise en H.A.D. :

Prénom :

Téléphone :

Prénom :

Entourage à joindre pour préparer l'HAD :

Prénom :

(Préciser lien avec le patient)

Prénom :

Nom :

Prénom :

Le patient et sa famille sont informés du projet de retour à domicile en HAD : *Oui* *Non*

Prénom :

Tutelle : *Oui* *Non*

Prénom :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Prénom :

Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :

Prénom :

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 : VVC VVP PICCLINE 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 :
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> <input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Inconnue
Autre traitement (Hors PER OS) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :		

DEPENDANCE : chaque item est côté de 1 à 4 (1 : autonome – 4 : dépendance totale)

Habilage	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.