

**DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D**  
**FER CARBOXYMALTOSÉ FERRIQUE (FERINJECT®)**  
**ANTE ET POST PARTUM**

**Secrétariat médical (réception de vos demandes) :**

Mail : admission@hadlyon.asso.fr (A privilégié)

✉: 04 72 27 47 00

Fax : 04 72 27 23 50

**ADRESSEUR**

Etablissement hospitalier		
Service adresseur		✉:
Nom du médecin adresseur		☎:

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

**PROFESSIONNEL DE VILLE**

*Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente*

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse précise en H.A.D. :

✉ Téléphone :

Tutelle :  Oui  Non  NSP

La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD :  Oui  Non

Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :

URGENCE :  Dans la journée  Dès que possible

**MEDICAL**

Gestité :

Parité :

Antécédents significatifs :

Allergies :

Motif de prise en charge en HAD : Administration de Ferinject® à domicile

**VOIE(S) D'ABORD**

Capital veineux correct :  Oui  Non  NSP

**INFORMATIONS MEDICALES**

Ante partum : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Accouchement prévu le :	Post partum : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	HPP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	-------------------------	---	---

Date début de grossesse :

Date d'accouchement :

Première injection de Ferinject® réalisée :  Oui  Non

Venofer administré :  Non  Oui

Date :

Date d'administration :

Tolérance :

Hémoglobine :

Ferritine :

Autre traitement (Hors PER OS) :  Oui  Non Précisez :

**DEPENDANCE : chaque item est coté de 1 à 4 ( 1 : autonome - 4 : dépendance totale )**

Habilage	Mobilisation	Alimentation	Continence	Comportement	Relation	TOTAL

Nom ET signature du médecin adresseur :