

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

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

**Mail :** admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier)

**Tél :** 04 72 27 47 00

**Fax :** 04 72 27 23 50

**ADRESSEUR**

<b>Etablissement hospitalier</b>	
<b>Service adresseur</b>	<b>Tél :</b>
<b>Nom du médecin adresseur</b>	<b>Tél :</b>

**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. :**

**Tél :**

**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 :** ☐ Oui ☐ Non **Accouchement prévu le :** **Post partum :** ☐ Oui ☐ Non **HPP :** ☐ Oui ☐ 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 )**

Habillage	Mobilisation	Alimentation	Contenance	Comportement	Relation	TOTAL

**Nom ET signature du médecin adresseur :**