

*Les champs marqués d'un * sont indispensables pour une bonne prise en compte de votre demande.*

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D
CARBOXYMALTOSE FERRIQUE
ANTE ET POST PARTUM

Secrétariat des admissions :

04 72 27 47 00 - admission@hadlyon.asso.fr

Mon sisra : ADMISSION SOINS ET SANTE HAD

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 carboxymaltose ferrique 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 :	
1ère injection de carboxymaltose ferrique réalisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Venofer administré : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Date :		Date d'administration :	
Tolérance :			
*Hémoglobine :		*Ferritine :	
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	Contenance	Comportement	Relation	TOTAL

***Nom ET signature du médecin adresseur :**