

**DEMANDE D'ADMINISTRATION DE FER INTRAVEINEUX**  
 N° secrétariat : 075.434.55.36, N° desk infirmier : 079 463 66 39  
 E-MAIL : medecine.ambulatoire@ehc.vd.ch

Nom et Prénom du patient : .....  
 Date de naissance : ..... Tél. : .....  
 Adresse : .....

Poids : .....  
 Allergie (préciser médicament, type / gravité allergie) : .....  
 Attitude :  Réanimer     Ne pas réanimer     Autres limitations : .....

Hémoglobine : ..... g/dL (du .... /... /.....)

↓

Ferritine : ..... µg/L (du .... /... /.....)

↓

**INDICATION AU TRAITEMENT**

(si grossesse, préciser nombre de semaines)

.....

.....

Traitement de 1ère intention, raison : .....

Echec substitution orale

↓

**Traitement demandé :**

Ferinject®, posologie : .....

Venofer®, posologie : .....

**NB : Nous rappelons que le traitement de fer i. v. aura lieu que pour les indications reconnues dans les recommandations EHC V1.1 28Sept2016, sous réserve d'une demande dûment complétée et des documents envoyés.**

Nom et prénom médecin prescripteur : .....  
 Date / tampon / signature : .....  
 Tél : .....

**ESPACE RESERVE EHC**

MEDECIN EHC  
 Nom et prénom, date, signature de validation : .....  
 Commentaires : .....

SECRETARIAT  
 Convocation (date/heure RDV) : .....  
 Remarques : .....