

**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 : .....

Héoglobine : ..... g/dL (du .... /... /.....) ↓
Ferritine : ..... µg/L (du .... /... /.....) ↓
<p><b>INDICATION AU TRAITEMENT</b>                  (si grossesse, préciser nombre de semaines)</p> <p>.....                  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement de 1ère intention, raison : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Echec substitution orale</p> ↓
<p><b>Traitement demandé :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ferinject®, posologie : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Venofer®, posologie : .....</p>

**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 : .....