



10. FORMULAIRE SIMPLIFIE DE DEMANDE D'HAD/ FERINJECT®

FORMULAIRE SIMPLIFIE HDJ Ferinject®

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM Dr _____ PRENOM _____
 ETABLISSEMENT _____ SERVICE _____
 TEL _____ Mail _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

NOM _____ PRENOM _____ DDN _____
 ADRESSE _____
 CODE POSTAL _____ VILLE _____ TEL _____
 Entourage présent : ☐ oui ☐ non
Poids : _____ **Allergie connue :** _____
ATCD : _____

PRESCRIPTION

Indication : (cocher la case correspondante)

- ☐ Traitement de la carence martiale lorsqu'un traitement par fer oral est insuffisant ou mal toléré
☐ Epargne sanguine per opératoire pour des chirurgies
☐ Anémie ferriprive documentée dans un contexte de pathologie chronique

/!\ joindre la biologie

PERFUSION DE CARBOXYMALTOSE FERRIQUE (Ferinject®) d'une dose totale de _____ mg :

Dose à J1 _____ mg - dose à J8 _____ mg - dose à J15 _____ mg

Aide à la prescription :

Hb

Poids corporel du patient

		Poids corporel du patient		
g/dL	mmol/L	< à 35 kg	Entre 35 et 70 kg	> 70 kg
< 10	< 6.2	500 mg	1 500 mg	2 000 mg
De 10 à 14	De 6.2 à 8.7	500 mg	1000 mg	1 500 mg
≥ 14	≥ 8.7	500 mg	500 mg	500 mg

MODALITE D'ADMINISTRATION

- Dans une poche de 100 ml NaCl 0.9% avec un temps de perfusion de 30 minutes minimum :
Maximum 1 G ou 1000 mg de Ferinject / semaine

Le patient a été informé par le prescripteur des risques liés à l'administration du Ferinject ☐ oui ☐ non

Date de prescription : ____/____/____

Cachet et signature du prescripteur

Date de mise en application : 16/01/2024



HAD Nati ea

BP 3959 - 98713 Papeete

Tél : 40 422 432 - Fax : 40 57 02 04

had@nati-ea.pf

PRESCRIPTION MEDICALE D'HAD

Je soussigné Dr.....

sollicite une hospitalisation auprès de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) pour mon patient :

M/Mme.....né(e)..... Né(e) le :
.....

car il nécessite des soins techniques, complexes et ce, plusieurs fois par jour.

Date :

Signature et tampon du médecin :



ENGAGEMENT DU PATIENT

Je soussigné (e),

Nom patronymique : Nom marital : Prénom :

..... Né (e) le :

DN :

Régime : ☐ RST ☐ RNS ☐ Salarié ☐ Sécurité Sociale

Certifie avoir été informé des conditions de prise en charge par HAD Nati-ea, et accepte notamment :

- ☐ D'être suivi(e) par le docteur d'HAD
- ☐ De ne pas faire appel, de mon propre chef, à une infirmière autre que celle de HAD Nati-ea. Dans le cas contraire, leurs prestations seront à ma charge et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement par la CPS.
- ☐ Qu'en cas de problème ou d'urgence, je contacte directement HAD Nat-ea.

Signature du patient ou du représentant légal.

.....

Je soussigné, Mr MOREAU Christophe, directeur d'activité HAD Nati-ea, certifie que
 est pris (e) en charge à compter du

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit. A

....., le

Signature du représentant de HAD Nati-ea (cachet du
 directeur d'activité HAD Nati-ea)