Prescription de perfusion de fer i.V. (Ferinject)

Patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	
N° de carte d'assuré si disponible, commence par 807560	(permet d'importer les données administratives)

Diagnostic

Présence de pathologie influant le métabolisme du fer

☐ Insuffisance cardiaque chronique	☐ Grossesse : dès le 2ème trimestre
☐ Insuffisance rénale chronique	☐ Post partum
☐ Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	☐ Jambes sans repos
☐ Contexte oncologique	☐ Traitement préopératoire (date opération…….……

Prescription de Ferinject

Principe de dosage maximal <50 kg: 20mg fer/kg de poids corporel/semaine ☐ >50 kg: 1'000 mg fer/semaine ☑	Outil de calcul de dosage disponible sous: iron.medline.ch (login avec DocCheck Login)
Poids du patient:	kg
Dosage	◉ 500 mg ○ 1'000 mg ○ autre
Nombre d'injections	◉ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5
Intervalle entre 2 doses (en semaines)	◉ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5
Début du traitement souhaité	○ Immédiatement / au plus vite ○ dans 1 semaine ◉ Le
Le patient a-t-il déjà reçu préalablement une perfusion de fer ?	○ non ○ oui, avec bonne tolérance ◉ pas d'information
Remarque:	
Par ma signature, je confirme avoir expliqué les risques et bénéfices du traitement au patient et avoir obtenu son consentement éclairé	

Demande réalisée par

Nom du médecin (Tampon)	Date	Signature

❶ Merci d'envoyer cette demande à : info@cmgv.ch ou fax 021 566 59 70
❷ Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue

Ce document est également disponible en format PDF:
www.cmgv.ch/ressources

Centre médical Gare de Vevey
Médecine générale
Pédiatrie
Urgences
Pl. de la Gare 3 | 1800 Vevey
www.cmgv.ch | info@cmgv.ch
Tél 021 566 59 50 | fax 01 566 59 70