

## Demande de Perfusion de fer i.v. (Feryxa)

### Patient

Nom :	Prénom
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse complète	
No de carte d'assuré	
Si disponible, commence par 807560	

### Diagnostic

### Présence de pathologie influant le métabolisme du fer

<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin <input type="checkbox"/> Contexte oncologique	<input type="checkbox"/> Grossesse : dès le 2ème trimestre <input type="checkbox"/> Post partum <input type="checkbox"/> Jambes sans repos <input type="checkbox"/> Traitement préopératoire (date OPS : .....)
---	--

### Prescription de Feryxa

<b>Principe de dosage maximal</b> <input type="checkbox"/> <50 kg: 20mg fer/kg de poids corporel/semaine <input type="checkbox"/> >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
Nombre d'injections	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Dosage 1ère injection	<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1'000 mg <input type="checkbox"/> autre:
Dosage si 2e injection	<input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1'000 mg <input type="checkbox"/> autre:
Début du traitement souhaité	<input type="checkbox"/> dès que possible <input type="checkbox"/> dans 1 sem. <input type="checkbox"/> le.....
Intervalle entre 2 injections (en semaines)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Le patient a-t-il déjà reçu préalablement une perfusion de fer ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, avec bonne tolérance <input type="checkbox"/> pas d'information
Remarque:	
<b>Le médecin confirme avoir expliqué les risques et bénéfices du traitement au patient et avoir obtenu son consentement éclairé.</b>	

### Demande réalisée par

Nom du médecin (Tampon) :	Date :	Signature :
---------------------------	--------	-------------

1. Merci d'envoyer cette demande à : [info@cmgv.ch](mailto:info@cmgv.ch) ou fax 021 566 59 70
2. Nous convoquons le patient une fois cette prescription reçue