

**Département 37 :**

Tel. : 02 47 70 42 72

Fax : 02 47 70 42 49

admission37@humensia.org

Département 45 :

Tel. : 02 45 40 04 79

Fax : 02 45 40 03 79

admission45@humensia.org

Département 28 :

Tel. : 02 45 40 04 71

Fax : 02 45 40 03 79

admission28@humensia.org

ORDONNANCE FERINJECT®

à destination de la Pharmacie

Demande de prise en charge en HAD dans le cadre de l'administration de Ferinject®

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom Médecin : N° RPPS :

Etablissement : Service : Tél. :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

IPP : Date de naissance : --- / --- / --- Poids : kg

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

PRESCRIPTION

Indication :

Date de prescription : --- / --- / ---

- Traitement de la carence martiale lorsqu'un traitement par fer oral s'est révélé insuffisant ou mal toléré
- Epargne sanguine périopératoire pour des chirurgies abdominales, orthopédiques ou gynécologiques
- Anémie ferriprive documentée dans un contexte de pathologie chronique

Perfusion de carboxymaltose ferrique (FERINJECT®) :Dose totale : mg* Voie veineuse : périphérique centrale

* Attention, faire l'injection en plusieurs temps si : • posologie de 1000 mg et poids du patient <50 kg
• posologie > 1000 mg

• J 1 : dose : mg date : --- / --- / ---

• J 8 : dose : mg date : --- / --- / ---

• J 15 : dose : mg date : --- / --- / ---

Modalités d'administration :

-> dans une poche de NaCl 0.9% avec un temps de perfusion de 15 minutes minimum :

- Pour 500 mg de fer : 10 ml de Ferinject dans 100 ml de NaCl 0.9 %
- Pour 1000 mg de fer : 20 ml de Ferinject dans 100 ml de NaCl 0.9 %

Le patient est informé par le médecin prescripteur des risques liés à l'administration du FERINJECT®

Cachet et Signature du prescripteur :