



HAD NORD SAONE ET LOIRE
16 Rue Ferrée 71530 CRISSEY

Pour toute demande d'HAD :

Téléphoner au 03 85 41 74 10 et retourner cette fiche par fax
au 03 85 41 74 11

ou par mail : secretariat@had-nord71.fr

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD/FER injectable

PARTIE ADMINISTRATIVE

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Etablissement :

Service :

Téléphone :

Mail :

Médecin référent :

PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE

A domicile

En institution (EHPAD, MAS...)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : .../.../...

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

PARTIE MEDICALE

INDICATION MEDICALE

Diagnostic / motif de prise en charge :

Patient

Valide

Semi valide

Grabataire

Autre

Si chirurgicale, date de l'intervention envisagée :

Hémoglobine : Bilan martial : Ferritine CST

Poids du patient :

Allergie connue au Ferinjectable :

Oui

Non

ORDONNANCE / PRESCRIPTION

1^{ère} injection de Ferinject : dose

Date souhaitée jour/semaine :

2^{ème} injection de Ferinject : dose

Date souhaitée jour/semaine :

GRUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE HAD NORD SAONE ET LOIRE

N° FINSS : 71 001 522 3 N° SIREN : 824363048

Antenne OUEST : 1 rue de l'étang, 71200 LE CREUSOT ☎ 03-85-77-45-50 fax.03-85-56-10-35@ co-had@hoteldieu-creusot.fr

Antenne EST : 16 Rue Ferrée 71530 CRISSEY ☎ 03 85 41 74 10 fax. 03 85 41 74 11 @ secretariat@had-nord71.fr

OUTIL D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE FERINJECT

POIDS CORPOREL DE 35 A 50 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 1500 MG de fer	Dose totale : 1000 MG de fer
Dose à J1 : 500 MG	Dose à J1 : 500 MG
Dose à J8 : 500 MG	Dose à J8 : 500 MG
Dose à J15 : 500 MG	

POIDS CORPOREL DE 50 A 70 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 1500 MG de fer	Dose totale : 1000 MG de fer
Dose à J1 : 1000 MG	Dose à J1 : 1000 MG
Dose à J8 : 500 MG	

POIDS CORPOREL >70 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 2000 MG de fer	Dose totale : 1500 MG de fer
Dose à J1 : 1000 MG	Dose à J1 : 1000 MG
Dose à J8 : 1000 MG	Dose à J8 : 500 MG