

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POUR PERFUSION DE FER EN HOPITAL DE JOUR

Merci de renseigner ce document afin de permettre la prise en charge du patient

Joindre les résultats de (NFS et Ferritine) du dernier bilan sanguin réalisé

Par mail à infsoinsexternes@ch-alpes-leman.fr ou hdj74@ch-alpes-leman.fr ou par fax au 04 50 82 22 67

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Coordonnées médecin d	emandeur			
Nom:				
Prénom :				
Numéro de téléphone :				
Email :				
Signature du médecin demar	ideur :			
Coordonnées du patient				
Nom:				
Prénom :				
Date de naissance :				
Numéro de téléphone :				
Numéro de téléphone portab	le :			
MOTIF de la demande				
Taux d'Hémoglobine :		du :		
Taux de ferritine :		du :		
Poids du patient :				
Le patient a t'il bénéficié d'un	e substitution	orale :	OUI	□ NON
Si oui quel traitement ?				
A quelle date ? Sur quelle dur	ée?			
Le patient a t'il déjà bénéficié de perfusion de fer ?			OUI	□ NON
ATCD :				
Etiologie(s) de l'anémie :				
Bilan gynécologique ?	OUI	□ NON		
Endoscopies réalisées ?	OUI	□ NON	Si OUI, qu	el type ?
Patient suivi au CHAL ?	OUI	□ NON		
Référent hospitalier :				