# 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 demandeur

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Email :

Signature du médecin demandeur :

## Coordonnées du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone portable :

## MOTIF de la demande

Taux d'Hémoglobine : à la date du :

Taux de ferritine : à la date du :

Poids du patient :

Le patient a t'il bénéficié d'une substitution orale : ❒ OUI ❒ NON

Si oui quel traitement ? _____

A quelle date ? Sur quelle durée ? _____

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, quel type ?

Patient suivi au CHAL ? ❒ OUI ❒ NON

Référent hospitalier :

Après validation du médecin référent hospitalier, le service de l'Unité de jour prendra contact avec le patient pour fixer un rendez-vous