



NEPHRODIALYSE
Spécialistes des Reins

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE FER INTRAVEINEUX

à l'attention de NephroDialyse

Tél. Secrétariat **021 620 71 40** Fax. **021 620 71 41** E-mail : info@nephrodialyse.ch

Hors des heures de la réception, **en cas d'urgence**,
veuillez appeler **le service infirmier** au tél. **021 620 71 45**

Nom du médecin traitant : _____

Tél. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Nom et Prénom du patient : _____ Tél. : _____

Adresse : _____ NPA : _____ Lieu : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Poids : _____ kg

Diagnostic : _____

Diagnostic motivant la perfusion de fer :

- anémie ferriprive carence en fer et fatigue carence en fer et alopecie
 carence en fer et syndrome des jambes sans repos autre _____

Symptômes associés : _____

Une substitution martiale orale a-t-elle été administrée au préalable ?

OUI : traitement du _____ au _____

NON, motifs :

- urgence : anémie ferriprive et hémoglobine < 80 g/l
 intolérance au fer per os _____
 malabsorption du fer per os _____
 pas d'élévation de la ferritine sous traitement de fer oral
 non-réponse des symptômes sous traitement de fer oral

Traitements en cours : _____

Nom et Prénom du patient : _____

Allergies (SVP préciser médicament, type / gravité allergie) : _____

Pour justifier du remboursement de traitement auprès des assurances, nous avons impérativement besoin des informations suivantes :

IMPORTANT : valeurs récentes de laboratoire (valeurs des 4 semaines précédentes)

	Date	Valeur (référence)
Hémoglobine		
Ferritine		
TSAT		

Perfusion souhaitée

Traitement demandé :	Posologie / Quantité / Fréquence
Ferinject® (dose maximale 1'000 mg)	
Venofer® (dose maximale 500 mg)	

Médecin traitant (timbre avec adresse)

Date : _____ Signature : _____

Espace réservé NephroDialyse :

Nom et prénom : _____ Signature de validation : _____

Date : ___ / ___ / _____ Commentaires : _____

Convocation (date/heure RDV) : ___ / ___ / _____ à __ :__

Remarques : _____