



**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 : [nephrodialyse@hin.ch](mailto:nephrodialyse@hin.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 :		Nombre de perfusion				Remarque
Ferinject®	500 mg IV	1x	2x	3x	4x	
Venofer®	200 mg IV	1x	2x	3x	4x	

Le patient a-t-il déjà reçu le produit en question ?  oui  non

Y-a-t-il eu des effets secondaires ? (si oui le/les quel/s)  oui \_\_\_\_\_  non

**Médecin traitant (timbre avec adresse)**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Espace réservé NephroDialyse :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Signature de validation : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Commentaires : \_\_\_\_\_

**Convocation (date/heure RDV) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_ : \_\_\_\_\_**

Remarques :