



Prestation ambulatoire : prescription de fer intraveineux

Hôpital de jour

- HFR Fribourg – Hôpital cantonal**
026 306 20 30
sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch
- HFR Riaz**
026 306 49 02
cliniquedejour-riaz@h-fr.ch
- HFR Meyriez-Murten**
026 306 73 60
Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch
- HFR Tafers**
026 306 63 10
sekretariat.medizintafers@h-fr.ch

Patient·e

Nom _____ Prénom _____ Poids _____

Date de naissance _____ Tél. privé _____ Tél. portable _____ Adresse mail _____

Rue _____ NPA _____ Domicile _____

Diagnostic / antécédents / comorbidités importantes (et/ou lettre annexée)**Indication**

- Intolérance et/ou inefficacité du traitement per os bien conduit (minimum 3 mois) NON OUI
- Malabsorption : maladie du tube digestif, chirurgie restrictive (bypass gastrique, etc.) NON OUI
- Allergie/intolérance légère ou terrain allergique NON OUI
- Insuffisance rénale sévère/administration d'EPO (ferritine < 500 ug/l ou Saturation de la transferrine < 30%) NON OUI
- Insuffisance cardiaque à FEVG diminuée (ferritine < 100 ug/l et/ou saturation transferrine < 20%) NON OUI
- Autre _____

Laboratoire exigé merci de bien vouloir joindre une copie

Ferritine, saturation de la transferrine, CRP, tests hépatiques (ASAT/ALAT)

Risque d'hypophosphatémie NON OUI, dans ce cas nous donnerons systématiquement du Monofer® ou du Venofer®

Antécédents d'hypophosphatémie, perfusions de fer i.v. répétées (sauf si insuffisance rénale sévère), carence en vitamine D, malabsorption digestive, maladie osseuse (ostéoporose, ostéomalacie, hyperparathyroïdie, etc.), dénutrition.

Nom du médicament

Carboxymaltose Ferri Sandoz (=Ferinject®) Monofer® Venofer®
 Ordre unique
Périodique (validité maximale : 1 an)
du _____
au _____

Dose totale demandée _____ Dosage maximal par perfusion _____ mg

Remarque _____

 Prémédication antiallergique (antihistaminique à donner 30 minutes avant le RDV per os)

Nom du médicament _____ Dosage _____

Allergie/intolérance NON OUI Si oui précisez le type et l'allergène (anaphylaxie cf. ci dessous)

Anaphylaxie sévère (urticaire avec douleurs abdominales/détresse respiratoire/choc/ hypotension) NON OUI

En cas d'anaphylaxie sévère au fer i.v. et en cas d'indication formelle, le fer doit être administré dans un service d'allergologie universitaire (protocole de désensibilisation sous monitoring)

Asthme NON OUI traitement _____

Antécédents de malaises vagues/anxiété NON OUI _____

Portage de bactérie résistante (MRSA, VRE, ESBL, etc.) NON OUI _____

Grossesse en cours NON OUI (le premier trimestre de la grossesse est en principe une contre indication absolue)

Bilan sanguin à effectuer avant la perfusion NON OUI Liste des analyse prescrites

Bilan sanguin à effectuer le _____ avant le traitement à répéter, intervalle _____

Je souhaite être contacté-e par un médecin de l'hôpital de jour pour discuter avant le traitement NON OUI

Consentement éclairé : Je soussigné-e certifie que le/la patient-e a été informé-e par mes soins de la raison du traitement de fer et des effets secondaires potentiels (anaphylaxie grave, intolérance, tatouage/hypophosphatémie) et a donné son consentement éclairé au traitement.

Merci de joindre une copie du résultat des derniers bilans biologiques et du traitement médicamenteux actuel

! Pour la prise du rendez-vous, veuillez appeler le numéro du site correspondant selon la liste au verso

- Comme médecin prescripteur vous êtes responsable de la prescription, de l'information et du recueil du consentement du patient et de la prise en charge par l'assurance des traitements prescrits. Nous vous remercions d'être atteignable par téléphone en cas de nécessité
- En cas de risque d'allergie, merci d'informer le/la patient-e que la durée du traitement pourra être prolongée (jusqu'à 2 heures de surveillance post traitement en l'absence de réaction)

Tél. du médecin (ligne directe SVP)

Tél. portable du médecin

Adresse mail du médecin

Date

Sceau

Signature

HFR

Prescription validée le _____ Sceau

Tél. du chef de clinique _____ Signature du chef de clinique