



## Prestation ambulatoire : prescription de fer intraveineux

Hôpital de jour

**HFR Fribourg – Hôpital cantonal**  
026 306 20 30  
[sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch](mailto:sam-hopitaldejour-fri@h-fr.ch)

**HFR Riaz**  
026 306 49 02  
[cliniquedejour-riaz@h-fr.ch](mailto:cliniquedejour-riaz@h-fr.ch)

**HFR Meyriez-Murten**  
026 306 73 60  
[Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch](mailto:Tagesklinik.Meyriez@h-fr.ch)

**HFR Tafers**  
026 306 63 10  
[sekretariat.medizintafers@h-fr.ch](mailto: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**

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 \_\_\_\_\_