



HAD Deauville - Caen

Site de Deauville
8 rue la brèche du bois
14113 Cricqueboeuf

Site de Caen
8 rue Sophia Antipolis
14200 Hérouville Saint Clair

Tél. : 02 31 14 33 97 | Fax : 02 31 14 33 98
Messagerie sécurisée* had.polyclinique-deauville@lifen.mssante.fr

** Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

PRESCRIPTION MÉDICALE DE FER INJECTABLE EN HAD

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : Nom de naissance :

Prénom : Sexe :

Numéro de sécurité sociale : Date de naissance :

Adresse :

Ville : Tél patient et/ou famille :

☐ Patient ☐ Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : Téléphone :

Le cas échéant, merci de préciser :

Etablissement hospitalier : Service :

INFORMATIONS MÉDICALES

☐ Indication médicale ☐ Indication chirurgicale (date d'intervention : / /)

Patient : ☐ autonome ☐ dépendance partielle ☐ dépendance totale

Poids : Allergie(s) :

Antécédents :

Choc anaphylactique : oui ☐ non ☐ Œdème de Quincke : oui ☐ non ☐

Hémoglobine : Ferritine : CST :

PRESCRIPTION DE FERINJECT

DOSE PREMIÈRE INJECTION : DATE SOUHAITÉE :

DOSE DEUXIÈME INJECTION : DATE SOUHAITÉE :

Injection d'EPO à réaliser : ☐ oui ☐ non (si oui, merci de joindre l'ordonnance sécurisée)

Date :

Signature :