



Pour toute demande d'HAD :

Antenne CHALON SUR SAONE :

Téléphoner au 03 85 41 74 10 et retourner cette fiche par fax
au 03 85 41 74 11 ou par mail : secretariat@had-nord71.fr

Antenne LE CREUSOT :

Téléphoner au 03 85 77 45 50 et retourner cette fiche par fax
au 03 85 56 10 35 ou par mail : secretariat.creusot@had-nord71.fr

DEMANDE D'ADMISSION EN HAD/FER injectable

PARTIE ADMINISTRATIVE

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Etablissement :

Service :

Téléphone :

Mail :

Médecin référent : _____

PERSONNE A PRENDRE EN CHARGE

A domicile ☐

En institution (EHPAD, MAS...) ☐

NOM :

Prénom :

Date de naissance : .../.../...

Adresse :

N° de Sécurité Sociale :

Tél : __ / __ / __ / __ / __

INDICATION MEDICALE

Diagnostic / motif de prise en charge :
.....

Patient

Valide ☐

Semi valide ☐

Grabataire ☐

Autre ☐

Si chirurgicale, date de l'intervention envisagée :
.....

Hémoglobine : Bilan martial : Ferritine CST

Poids du patient :

ORDONNANCE / PRESCRIPTION

1^{ère} injection de Ferinject : dose

Date souhaitée jour/semaine :

2^{ème} injection de Ferinject : dose

Date souhaitée jour/semaine :

OUTIL D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE FERINJECT

POIDS CORPOREL DE 35 A 50 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 1500 MG de fer	Dose totale : 1000 MG de fer
Dose à J1 : 500 MG	Dose à J1 : 500 MG
Dose à J8 : 500 MG	Dose à J8 : 500 MG
Dose à J15 : 500 MG	

POIDS CORPOREL DE 50 A 70 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 1500 MG de fer	Dose totale : 1000 MG de fer
Dose à J1 : 1000 MG	Dose à J1 : 1000 MG
Dose à J8 : 500 MG	

POIDS CORPOREL >70 KG	
Hb <10g/dl	Hb>10g/dl
Dose totale : 2000 MG de fer	Dose totale : 1500 MG de fer
Dose à J1 : 1000 MG	Dose à J1 : 1000 MG
Dose à J8 : 1000 MG	Dose à J8 : 500 MG