

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

PROVENANCE DU PATIENT Domicile :  Hospitalisé :   
Etablissement : ..... Service : ..... Tél. ....

MEDECIN PRESCRIPTEUR :  
Dr ..... DATE SOUHAITEE DE L'INJECTION : .....

PATIENT Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Né(e) le : .....  
Téléphone .....  
Adresse des soins si différente : ..... Vit seul : Oui  Non

MEDECIN TRAITANT :  
Dr : ..... Tél : .....

### Informations médicales

Poids :

Bilan biologique : date : ../../.. (<1 mois)

Hémoglobline : g/dL  
Ferritinémie : µg/l Coefficient de saturation de la transferrine : %  
Créatininémie : µmol/L Clairance de la créatinine : mL/min  
ASAT : UI/L ALAT : UI/L

### PRESCRIPTION

INDICATION : Cocher l'indication correspondante :

- Traitement de la carence martiale lorsqu'un traitement par fer oral s'est révélé insuffisant ou mal toléré
- Epargne sanguine peropératoire pour des chirurgies
- Anémie ferriprive documentée dans un contexte de pathologie chronique (Insuffisance cardiaque, rénale, MICI...)

CONTRE-INDICATIONS :

- o Au ferinject en général : contre-indication absolue
  - ✓ Ferritinémie élevée (surcharge martiale) ou trouble de l'utilisation du fer
  - ✓ Hypersensibilité grave connue à tout autre fer administré en IV
  - ✓ Anémie non liée à une carence martiale (autre cause d'anémie microcytaire)
  - ✓ Femme enceinte
  - ✓ Insuffisance hépatique sévère
- o Au ferinject en HAD => Patient à risque allergique accru : perfusion à réaliser en HDJ
  - ✓ Allergie AVEREE : eczéma, asthme... Antécédents d'allergies multiples médicamenteuses
- o Situation particulière : En cas de bactériémie il est recommandé d'éviter la perfusion. En cas d'infection aigue ou chronique non bactériémique le rapport bénéfice risque sera discuté au cas par cas.
- o LE PATIENT DOMICILIE A PLUS DE 30 MIN D'UN SMUR.

PERFUSION DE CARBOXYMALTOSE FERRIQUE (FERINJECT®) D'UNE DOSE TOTALE DE \_\_\_\_\_ mg :

Le patient a été informé par Le médecin prescripteur des risques liés à l'administration du ferinject

DATE DE PRESCRIPTION : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Accord du médecin co de l'HAD : OUI / NON

Dose à j 1 : \_\_\_\_\_ mg    Dose à j 8 : \_\_\_\_\_ mg    Dose à j 15 : \_\_\_\_\_ mg

Aide à la prescription :

Hb		Poids corporel du patient		
g/dL	mmol/L	inférieur à 35 kg	de 35 kg à < 70 kg	70 kg et plus
< 10	< 6,2	500 mg	1 500 mg	2 000 mg
de 10 à < 14	de 6,2 à < 8,7	500 mg	1 000 mg	1 500 mg
≥ 14	≥ 8,7	500 mg	500 mg	500 mg

**MODALITÉ D'ADMINISTRATION :**

- ✓ Dans une poche de 100mL NaCl 0,9% avec un temps de perfusion de 30 minutes **MAXIMUM** :
  - Pour 500 mg de fer
  - Pour 1000 mg de fer
  
- ✓ Maximum 1g ou 1000mg de Ferinject par semaine
- ✓ Si poids < 50kg = 500mg uniquement

NOM MEDECIN COORDINATEUR HAD :

SIGNATURE :