

GCS HAD Des Ardennes		N° IDENTIFICATION : ENR-HAD-PARC-002
		Version 2
DEMANDE D'HOSPITALISATION A DOMICILE POUR ADMINISTRATION DE FERINJECT		

A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

ET A RENVoyer DANS TOUS LES CAS

A l'attention des Médecins Coordonnateurs de l'HAD des Ardennes

Par courriel : haddesardennes@utrca.mssante.fr

**Ce document confidentiel doit permettre la rapidité et la continuité des prestations
fournies aux besoins des malades.**

Je soussigné(e), Docteur du service de

Certifie que l'état de santé de M né(e)le.....

demeurant.....

..........

nécessite son admission dans le service d'Hospitalisation A Domicile à compter du

N° de téléphone du SERVICE DEMANDEUR :

NOM du médecin traitant : est prévenu de la demande HAD : ☐Oui ☐ Non

A, le

Le Médecin Prescripteur

Signature et cachet

ANTECEDENTS :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

PARTIE MEDICALE

DATES/SEMAINE DES INJECTIONS SOUHAITEE

.....

☐ INDICATION MEDICALE

☐ INDICATION CHIRURGICALE

Date d'intervention souhaitée :

Diagnostic/motif de la prise en charge :

Patient : ☐ Valide ☐ Semi valide ☐ Grabataire ☐ Autre

DONNEES BIOLOGIQUES :

Hémoglobine..... Bilan martial : Ferritine.....

CST.....

Poids du patient : Première injection réalisée ☐ oui ☐ non

Joindre résultat BS

Précautions justifiant de privilégier par exemple un hôpital de jour :

☐ Grossesse en cours ☐ terrain allergique (asthme, eczéma)

☐ Allergies connues (y compris médicamenteuses)

☐ Troubles immunitaires ou inflammatoires (lupus, érythémateux systémiques, polyarthrite rhumatoïde)

☐ Autre :

Prescription de fer injectable :

Dose 1ère injection..... Date souhaitée :

Dose 2^{ème} injection..... Date souhaitée :

Dose 3^{ème} injection..... Date souhaitée :