Demande d'actes thérapeutiques

Service Régional Neuchâtelois et Jurassien de Transfusion Sanguine

Sophie-Mairet 29 - Case postale - 2301 La Chaux-de-Fonds
CDF : Tél. 032 967 20 31 **Fax** : 032 967 20 39 srnjts.cx@ne.ch
NE : Tél. 032 967 20 20 cts.ne@ne.ch

Timbre du médecin prescripteur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

NPA/Localité :

N° de téléphone(s) :

Le centre de transfusion pratique des **perfusions de fer** pour des patient(e)s dès **18 ans** révolus.
Nous avons en stock du Ferinject® au centre de transfusion à votre disposition.
Nous remercions les médecins prescripteurs de bien vouloir compléter le formulaire ci-après :

Demande de perfusion de fer	
-Diagnostic -Indication (inefficacité ou effets secondaires TT per-os)	
Prescription du traitement à réaliser :	Dose : Intervalle : Divers :
Traitements de fer antérieurs (+hypersensibilité) :	**Per-os** ☐ oui ☐ non **Intraveineuse** ☐ oui ☐ non Combien de fois : Date du dernier TT:
Comorbidités	
Infections récentes	☐ oui ☐ non ☐ préciser :
Syndrome inflammatoire	☐ oui ☐ non ☐ CRP Préciser :
Traitements actuels	
Allergies	☐ oui ☐ non Préciser :
Grossesse actuelle	☐ oui ☐ non
Poids / date	kg /
Taux de ferritine / date	ng/ml /
Taux d'hémoglobine / date	g/l /
Taux d'hématocrite / date	/
Taux de saturation de la transferrine / date	/

Nous vous remercions de joindre :

☐ Une copie des résultats des derniers bilans biologiques
☐ Consentement du patient (à joindre lors de la première demande)
☐ Copie de l'ordonnance
☐ Hémogramme (FSS)

Date : Signature médecin demandeur :

☐ A convoquer Date : ..... Visa MED SRNJTS : .....

Convocation : ..... rdv : .....

Ce document peut être obsolète dès impression.