

HDJ MEDECINE

DEMANDE DE TRANSFUSION / FER

Hors unité GHP SO

Pour les personnes âgées de 75 ans et plus

(Critères d'exclusion : patient grabataire, troubles cognitifs sévères avec trouble du comportement à type de déambulation, en phase aigüe ou subaigüe d'une décompensation d'organe sauf si la personne âgée est accompagnée d'un aidant)

Date de la demande : / /

PATIENT(E) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de résidence :

- Domicile : ☐ - adresse :
- RPA/ EHPAD ☐
 - nom de la structure :
 - Tel de la structure :

Personnes à contacter :

Référent familial ou autre : N° Tél :

Personne de Confiance : N° Tél :

Autonomie : - Marche ☐ - Lit/fauteuil ☐

Poids :Kg. Taille :cm. IMC :Kg/m²

Hémoglobine : g/L et/ou Ferritine : µg/L ou CST :%

(Joindre si possible le bilan biologique)

MOTIF :

Perfusion de FERINJECT : - 500 mg ☐ - 1000 mg ☐

Prescription culots globulaires : - culots globulaires ☐ - nombre de culots :

Antécédents :

- -

- -

Traitement actuel :

- -

- -

Médecin prescripteur : N° Tél :

Patient et/ou référent familial ou personne de confiance informé de la transfusion :

- OUI ☐ - NON ☐