

# Prescription de soins

Confidentiel

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Tél. ....

A rappeler pour confirmation du rdv:  Médecin  Patient  Autre .....

## Renseignements pertinents (indication, diagnostic, allergie, anticoagulation, etc.)

Ferinject: préciser l'indication selon liste au verso

.....  
.....

## Injections - Perfusions

Ferinject Enceinte :  Non  Oui => pas de perfusion de ferinject dans notre centre\*

\* Risque de bradycardie fœtale non monitorable dans nos centres

Date labo ..... / ..... / ..... Ferritine (FRT) .....

Coef. de sat. transferrine (TSAT) ..... Hémoglobine .....

Dates de substitution orale préalable .....

Motif de l'arrêt/absence de substitution orale .....

Antécédents de ferinject, tolérance .....

Dosage ..... mg  1x  2x  3x  Autre .....

(Protocole: perf. i.v. après dilution dans NaCl 0,9% (100–200mg dans 50ml en 3 min, 201–500 mg dans 100ml en 6min, 501–1000mg dans 250ml en 15min). Respecter un intervalle de min 1 sem. entre 2 doses.)

Aclasta Date labo ..... / ..... / .....

Calcémie [2.18 - 2.60 mmol/L] ..... GFR [> 35 mmol/L] .....

Patient informé des symptômes d'hypocalcémie .....

(Protocole: 5mg/100ml inj. i.v. pendant 15 min, vitesse constante)

Bonviva Tous les 3 mois durant ..... Date labo ..... / ..... / .....

Calcémie [2.18 - 2.60 mmol/L] ..... GFR [> 35 mmol/L] .....

Patient informé des symptômes d'hypocalcémie .....

(Protocole: 3mg/3ml inj. i.v. pendant 15-30s)

Autres Nom du médicament .....

Posologie .....

## Soins de plaie

Remplacement médecin  Suivi  Ablation de fils

Protocole .....

## Autres examens / soins (Mapa, Oxygénométrie nocturne, spirométrie, ECG, vaccination)

.....

## Médecin demandeur

tampon

Date ..... / ..... / .....

Le médecin prescripteur est responsable des indications.

Signature .....

Nous vous remercions de nous retourner le présent document par email à [info-cmve@magellan.ch](mailto:info-cmve@magellan.ch)



## Indications pour Ferinject

Merci de reporter au recto la lettre correspondant à l'indication de votre patient(e)

### Echec (inefficacité/intolérance) ou futilité/impossibilité de substitution martiale orale et :

A. Carence en fer sans anémie mais symptomatique\* et :

1. FRT < 30 µg/L
2. FRT 30-50 µg/L et TSAT < 20%

B. Carence en fer avec anémie (Hb <120g/L ♀ ou <130g/L ♂ ) et :

1. FRT < 30 µg/L même asymptomatique
2. FRT > 30 µg/L et TSAT < 20% même asymptomatique

C. Jambes sans repos avec FRT < 45 µg/L

D. Maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI) et :

1. Rémission avec FRT < 30 µg/L
2. Rémission avec FRT < 100 µg/L et TSAT < 20%
3. Phase active avec FRT < 100 µg/L

E. Insuffisance cardiaque avec :

1. FRT < 100 µg/L
2. FRT < 300 µg/L et TSAT < 20%

F. Polyarthrite rhumatoïde avec FRT < 50 µg/L

G. Insuffisance rénale sans dialyse :

1. TSAT < 20% et FRT < 100 µg/L
2. Souhait d'augmenter l'Hb sans recours à l'EPO lorsque FRT < 200 µg/L et TSAT < 25%

H. Insuffisance rénale avec dialyse :

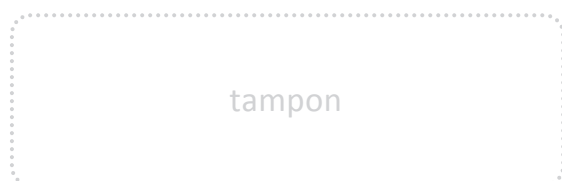
1. TSAT < 20% et FRT < 100 µg/L
2. Souhait d'augmenter l'Hb sans recours à l'EPO lorsque FRT < 300 µg/L, TSAT < 25%  
*Généralement, prévoir d'emblée 1000mg iv*

I. Patient oncologique sous EPO avec FRT < 500 µg/L et TSAT < 50%

**\* Symptômes de la carence en fer sans anémie:**

*Fatigue, syndrome des jambes sans repos, performance physique diminuée, troubles cognitifs, perte de cheveux, intolérance au froid, pica (trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion compulsive de substances non comestibles telles que cendre, terre, poussière, etc.), sclères bleues.*

## Validation médecin responsable Magellan



Validation  Oui  Non

Date .....

*Le médecin soussigné est responsable du geste et le facture en son nom*

Signature .....

Commentaires .....

.....