



**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  
 NE : Tél. 032 967 20 20 [transfusionneju@hin.ch](mailto:transfusionneju@hin.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) :	<b>Per-os</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Intraveineuse</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Combien de fois : ..... Date du dernier TT: .....
Comorbidités	.....
Infections récentes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser : .....
Syndrome inflammatoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CRP Préciser : .....
Traitements actuels	.....
Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser : .....
Grossesse actuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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  Copie de l'ordonnance  
 Consentement du patient (à joindre lors de la première demande)  Hémogramme (FSS)

Date : ..... Signature médecin demandeur : .....

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

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