



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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Intraveineuse <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 / taille / date kg cm/...../.....
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 :