



**HAD Nord Seine et Marne**  
1 cours du Rhin 77700 Serris  
Tél. : 01 64 17 46 96 | Fax : 01 64 17 46 95  
Messagerie sécurisée\*  
medical.hadnord77@lifen.mssante.fr

**HAD de l'Est Francilien**  
17 rue du Pré Meunier 77120 Coulommiers  
Tél. : 01 75 99 90 00 Fax : 01 64 04 72 43  
Messagerie sécurisée\*  
medical.hadestfrancilien77@lifen.mssante.fr

*\* Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.*

## PRESCRIPTION MÉDICALE DE FER INJECTABLE EN HAD

### PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Tél patient et/ou famille : .....

Patient  Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

### PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : ..... Téléphone : .....

Le cas échéant, merci de préciser :

Etablissement hospitalier : ..... Service : .....

### INFORMATIONS MÉDICALES

Indication médicale  Indication chirurgicale (date d'intervention : ..... /..... / ..... )

Patient :  valide  semi-valide  grabataire

Poids : ..... Allergie(s) : .....

Antécédents : .....

Choc anaphylactique : oui  non  Œdème de Quincke : oui  non

Hémoglobine : ..... Ferritine : ..... CST : .....

### PRESCRIPTION DE FERINJECT

DOSE PREMIÈRE INJECTION : ..... DATE SOUHAITÉE : .....

DOSE DEUXIÈME INJECTION : ..... DATE SOUHAITÉE : .....

Date : .....

Signature :