

A TRANSMETTRE PAR MAIL à :  
[evaluation@hadan.mssante.fr](mailto:evaluation@hadan.mssante.fr) ou [evaluation@hadan.fr](mailto:evaluation@hadan.fr)  
OU PAR FAX AU **03.83.28.48.79**

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Médecin Prescripteur : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Service : ..... ☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## LE PATIENT

### Etiquette patient *ou*

Civilité :  Mr  Mme

☎ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nom d'usage : .....

Adresse précise du patient : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Age : ..... Poids : .....

Allergies connues : .....

## INDICATIONS

### INDICATION MEDICALE

Diagnostic / motif de prise en charge : .....

### INDICATION PRE-OPERATOIRE

Diagnostic / motif de prise en charge : .....

Date prévue de l'intervention chirurgicale : .....

EPO :  OUI  NON

➤ Hémoglobine : .....

Bilan martial : .....

Ferritine : .....

CST : .....

➤ Dose de FERINJECT® : .....

## A TRANSMETTRE A L'HADAN

- Prescription de fer IV (FERINJECT®)
- Bilan biologique : NFS plaquette et bilan de carence martiale
- Prescription d'EPO si nécessaire

Date d'injection souhaitée : .....

## IMPORTANT

- ✓ **Avec la demande**, joindre impérativement **le traitement médical en cours**.
- ✓ **Pour la sortie**, faxer **l'ordonnance du traitement médicamenteux de sortie** ainsi qu'un **compte-rendu médical d'hospitalisation**.

Je confirme confier la prise en charge de mon patient à l'équipe médicale de l'HADAN.

Nom du médecin : .....

Signature et cachet :