



Clinique PragmaFer

Spécialiste du fer

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMINISTRATION DE FER IV à
l'intention de PragmaFer

Avenue de Rumine 20, 1005 Lausanne

Tel secrétariat : 021 320 58 57 Fax : 021 320 58 59

Email : pragmafer@protonmail.com

Nom et Prénom du patient : _____ Tél. : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Poids : _____ kg

N° de carte d'assuré (si disponible, commence par 807560) : _____

Renseignements patient(e)s (Dg, TTT, allergies) : _____

Raison motivant la perfusion/injection de fer :

- Anémie ferriprive Hypoferritinémie symptomatique
- Hypoferritinémie et syndrome des jambes sans repos autre _____

Fer PO au préalable :

OUI : traitement du _____ au _____

NON, motifs :

- anémie ferriprive et hémoglobine < 80 g/l
- Intolérance au fer per os
- Malabsorption du fer per os :

pas d'élévation de la ferritine sous traitement martial PO

non-réponse des symptômes sous traitement martial PO



Spécialiste du fer

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMINISTRATION DE FER IV à
l'intention de PragmaFer

Avenue de Rumine 20, 1005 Lausanne

Tel secrétariat : 021 320 58 57 Fax : 021 320 58 59

Email : pragmafer@protonmail.com

	Date	Valeur (référence)
Hémoglobine		
Ferritine		
TSAT		

Perfusion souhaitée

Traitement demandé :	Posologie / Quantité / Fréquence
1. Monofer® (dérisomaltose ferrique)	
2. Carboxymaltose Ferrique Sandoz®	
3. Ferrum Mepha Inject® (carboxymaltose ferrique)	
4. Ferinject® (carboxymaltose ferrique)	
5. Venofer® (complexe hydroxyde ferrique-saccharose)	
6. Viyana® (carboxymaltose ferrique) : Remboursé uniquement par les assurances complémentaires.	
7. Autres	

Médecin traitant (timbre avec adresse)

Tél. : _____ E-mail : _____

Date _____ Signature _____