

A FAXER AU 03.83.76.13.55 ou hadalu@ch-luneville.fr

Date de la demande :/...../.....
 Médecin Prescripteur : ☎ : / / / /

LE PATIENT

Civilité : <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom : Date de Naissance :/...../..... ☎ :/...../...../...../..... Adresse :	Nom <u>et prénom</u> du médecin traitant : Si nécessaire, personne à joindre pour préparer l'HAD (aidant du patient) : ☎ :/...../...../...../.....
--	---

ELEMENTS BIOLOGIQUES ET CLINIQUES

- Hémoglobine = g/L
- Ferritine =
- CSTF :%
- Patient : valide dépendant grabataire
- Poids du patient :Kgs

ELEMENTS CLINIQUES ET INDICATION

- Allergie : Non Oui, si oui lequel :
- Antécédent de maladie allergique, auto-immune ou inflammatoire (asthme, eczéma, lupus, PR, MICI)
 Non Oui, si oui lequel :

INDICATION MEDICALE INDICATION CHIRURGICALE (date d'intervention :)

Contexte clinique :

Date de la première injection si déjà faite :

IMPORTANT

- ✓ **Avec la demande**, joindre impérativement la dernière biologie (Hb, Ferritine, CSTF) de moins d'un mois.
- ✓ **Nom du médecin :** **Signature et cachet :**