

Merci de remplir le formulaire ci-dessous afin de permettre la prise en charge du patient
Et d'envoyer ce formulaire ainsi que les résultats du Bilan Martial (NFS - Ferritine - Coef. de Saturation)

Par email à : parcoursfer@hopital-europeen.fr

COORDONNÉES MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Email : N° de téléphone :

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE :

Symptômes : ATCD :

..... Poids du patient :

.....

Anticoagulant : OUI NON Extériorisation de sang : OUI NON

Bilan gynécologique : OUI NON

Endoscopies réalisées : OUI NON Si OUI, quel type et quand ?

Echec ou intolérance de traitement Per os : OUI NON

ATCD perfusion fer : OUI NON Si OUI, effets indésirables : OUI NON