

Demande d'Hospitalisation De Jour (H.D.J.) en médecine interne

Médecin Prescripteur : Date de la demande :

IDENTITE PATIENT

NOM/PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Numéro de Téléphone :

Médecin Traitant :

Poids : Kg Allergies :

MOTIF DE LA DEMANDE

Cochez la ou les cases correspondantes :

- **Perfusion de Ferinject**

Indications :

Contexte péri-opératoire

Carence Martiale

- **Transfusion à RAI négative**

Le patient a t'il déjà été transfusé au sein de l'établissement ?

Oui

Non

- **Corticothérapie par voie injectable IV**

- **Biothérapie :**

Anti-TNF α

Anti CD20

- **A visée osseuse :**

Aclasta

zometa

- **Immunoglobulines :**

IgIV

Le patient ne doit pas se déplacer en HDJ sans sa date de convocation.

Merci

Contact : IDE Coordinatrice 03 44 62 66 93/ Secrétariat 03 44 61 34 19

Mail : programmationhdjmed@hc-lesjockeys.fr

(Toutes demandes incomplètes ne seront pas traitées)