

SOV0353 v1

GUIDE DE PRESCRIPTION-GASTRO-2 ANÉMIE FERRIPRIVE

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

DERNIER RÉSULTAT D'HÉMOGLOBINE DISPONIBLE : _____ g/L DATANT DU : _____

SELON RÉSULTAT D'HÉMOGLOBINE

SULFATE FERREUX 300 mg / COMPRIMÉ, 1 CO PO BID X 8 SEMAINES, SI Hb = 81-90 g/L

OU

SULFATE FERREUX 300 mg / COMPRIMÉ, 1 CO PO DIE X 8 SEMAINES, SI Hb = 91 g/L ET PLUS

Ne rien inscrire dans la marge

VITAMINE C 500 mg / COMPRIMÉ, 1 co PO DIE X 8 SEMAINES

COLACE 100 mg / COMPRIMÉ, 2 co PO DIE X 8 SEMAINES PRN

Ne rien inscrire dans la marge

Signature MD/IPS : _____ # permis : _____ Date : _____