

## Demande de perfusion de Fer

**Nom et prénom du patient :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Diagnostic principal** (comorbidités, antécédents et informations médicales relatives) :

**Code CIM-10**

**Allergies** (préciser le type d'allergie et le niveau de gravité) :

À la suite de la mise en application le 1er janvier 2024 de l'art. 38a de l'OPSA sur la promotion des génériques et des biosimilaires, nous avons la possibilité de proposer une alternative au Ferinject®.

Dans le but de répondre à cette directive, la société CLS Vifor Pharma qui produit le **Ferinject®** (quote-part 40%) a développé un auto-générique sous le nom de **Feryxa®** (quote-part 10%).

**Traitement demandé** (préciser le nom du médicament) :

Ferinject®     Feryxa®     Monofer®     Venofer®

**Dosage / posologie / voie d'administration :**

**Nom et prénom du médecin prescripteur :**

**Téléphone :**

**Date :**

**Tampon et signature :**