

Patientformulär för intravenös järnbehandling

Datum

Namn
Personnummer

Har du någon gång fått en allergisk reaktion i samband med intravenös järnbehandling?

- Ja Nej

Är du allergisk mot något läkemedel?

- Ja Nej

Har du svår astma?

- Ja Nej

Har du atopiskt eksem?

- Ja Nej

Har du någon inflammatorisk sjukdom (t ex SLE, reumatisk sjukdom, Mb Crohn)?

- Ja Nej

Har du en pågående infektion?

- Ja Nej

Om du svarat Ja på någon av frågorna ska läkare kontaktas innan läkemedlet ges.

Har du tagit del av den skriftliga patientinformationen om intravenöst järn?

- Ja Nej

Om svaret är Nej ska patientinformationen ges till patienten innan läkemedel ges.

Formuläret skannas till patientens journal.