

Senast reviderat: 2024-04-15

Dokumentet gäller för: Kvinnosjukvård, Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvarig: Susanna Nygren, Vårdenhetsöverläkare

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 svaret på någon av frågorna är Ja ska läkare kontaktas innan läkemedel 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.