

# CRF-3b

Interventie:  
Ferrofumaraat

Patient Identification Number:

Pag 1 van 1

## Orale ijzer suppletie middels Ferrofumaraat:

Start behandeling:

d d m m m J J J J

Stop behandeling:

d d m m m J J J J

Aantal dagen patiënt behandeling heeft overgeslagen:

Oorzaak niet innemen behandeling: \_\_\_\_\_

Is er sprake geweest van een of meerdere bijwerkingen:

Geen bijwerkingen

Diarree

Obstipatie

Drukkend gevoel op de maag

Verkleuring van de ontlasting

Anders namelijk \_\_\_\_\_

Noteer hier het Badgenummer van de toegediende Ferrofumaraat  
(Staat op medicatieverpakking):

Merk toegediende Ferrofumaraat: \_\_\_\_\_

Verval datum:

d d m m m J J J J

## Verklaring lokale onderzoeker

**!PM! Is er een labaanvraag gedaan (Hb, TSAT, Ferritine, HCT, CRP) voor dag van opname, en dag 1 en dag 7 postoperatief?**

Hierbij verklaar ik dat alle pagina's van dit CRF-deel (Interventie Ferrofumaraat) op compleetheid en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Datum:

d d m m m J J J J

Naam onderzoeker: \_\_\_\_\_

Handtekening onderzoeker: \_\_\_\_\_

