**Groupe de sages-femmes**

**Adresse**

# Dossier d’administration d’immunoglobuline Rh

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la cliente****(Nom de famille, prénom)** | **Date de naissance (JJ/MM/AAAA)** | **No carte Santé** | **Nom du produit** | **No de lot du produit** | **Date de pérem-ption** | **Dose (µg)** | **Date d’injection (JJ/MM/AAAA)** | **Injectée par (lettres moulées/initiales)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |