# Immunoglobuline Rh : Documentation de la discussion de choix éclairé

Nom de la cliente :

Numéro de carte Santé :

D.D.N. (JJ/MM/AAAA):

Date (JJ/MM/AAAA) : Heure :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ou une personne désignée m’a informée que je pourrais avoir besoin d’immunoglobuline Rh (IgRh) pendant ma grossesse ou après la naissance de mon bébé.
2. On m’a expliqué quels étaient les avantages et les risques de l’IgRh.
3. On m’a expliqué quelles étaient les solutions de rechange à l’IgRh.
4. On m’a expliqué les conséquences de ne pas recevoir d’IgRh.
5. J’ai eu la possibilité de poser des questions au sujet de mes soins. On a répondu à ma satisfaction à toutes mes questions.

Je choisis de recevoir de l’immunoglobuline Rh dans le cadre de mes soins.

Je choisis de **ne pas** recevoir d’immunoglobuline Rh dans le cadre de mes soins.

Signature de la cliente

Signature de la sage-femme Nom de la sage-femme (carac. d’imprimerie)

Date (JJ/MM/AAAA) et heure