



# CARNET DE SUIVI

DES PERSONNES CONCERNÉES PAR UNE

# MALADIE HÉMORRAGIQUE RARE



Attention : risque hémorragique  
*Warning bleeding risk*

**MHEMO**



Association française  
des hémophiles





## Un nouveau carnet de suivi

Depuis plusieurs décennies, les personnes présentant une hémophilie, une maladie de Willebrand ou une forme sévère de déficit rare de la coagulation ainsi que les professionnels de santé utilisent un carnet de santé papier pour noter les injections et répertorier les produits et médicaments utilisés.

Il y a un an et demi, la filière de santé maladies rares en charge des maladies hémorragiques constitutionnelles (Mhémo) et l'Association française des hémophiles (AFH) ont fait le constat que ce carnet ne correspondait pas aux besoins de toutes les personnes concernées par ces pathologies : hémophilie, maladie de Willebrand, pathologies plaquettaires et autres déficits rares en facteurs de la coagulation. C'est pourquoi aujourd'hui, ce nouveau dispositif, "le carnet de suivi des personnes concernées par une maladie hémorragique rare", vous est proposé.

Notre volonté est de mettre à votre disposition un outil commun et adapté à l'ensemble des personnes, quelle que soit leur pathologie, toutes sévérités confondues.

Nous souhaitons que cet outil réponde aux besoins et aux attentes des personnes qui l'utilisent. Il a pour vocation de favoriser le lien entre le quotidien des patients et leur suivi médical. Il permet de renseigner 3 trois grandes catégories d'informations : les saignements, les injections préventives, et les gestes de soins plus ou moins invasifs. En permettant de transmettre des informations plus précises aux soignants et aux médecins, il devrait favoriser une meilleure coordination des soins.

Afin de proposer un carnet de suivi pertinent qui ait l'approbation de tous, nous avons mis en place une démarche participative au sein d'un groupe de travail. Patients et professionnels de santé ont donc partagé leur perception d'un carnet de suivi utile à tous, et ce nouveau carnet papier est aujourd'hui disponible.

Ce travail, mené en commun par les patients et les professionnels de santé, servira aussi à créer un carnet de suivi numérique qui est en cours d'élaboration. Ce carnet permettra de mieux répondre aux souhaits des utilisateurs réguliers des dispositifs numériques. Ces deux outils continueront d'évoluer dans le temps pour s'adapter aux nouveaux besoins, et ils feront par conséquent l'objet de mises à jour régulières.

Nous tenons particulièrement à remercier l'ensemble des patients, aidants et professionnels de santé qui se sont impliqués dans le processus de refonte de ce carnet, outil essentiel dans le suivi des personnes atteintes de maladies hémorragiques constitutionnelles.

**Pr Claude Négrier**

Coordonnateur de la filière MHEMO

**Nicolas Giraud**

Président de l'Association française des hémophiles

# TABLE DES MATIÈRES

<b>→ Informations médicales vous concernant</b>	
▶ Cartes d'urgence	4
▶ L'essentiel à dire aux urgences	14
▶ Localisations dangereuses des hématomes	15
▶ Courbe de pharmacocinétique	16
▶ Traitements des autres maladies	18
<b>→ Saignements</b>	20
<b>→ Historique des injections préventives (prophylaxie)</b>	44
<b>→ Interventions, gestes à risque de saignements</b>	78
<i>(chirurgie, endoscopie, infiltration, points de suture, soins dentaires...)</i>	
<b>→ Effets indésirables</b>	88
<b>→ Femmes</b>	
▶ Règles	90
▶ Grossesse	98
<b>→ Douleurs articulaires chroniques</b>	100
<b>→ Éducation thérapeutique du patient</b>	104
<b>→ Pour en savoir +</b>	106
▶ Où se faire soigner ?	
▶ Où trouver de l'information et du soutien ?	
<b>→ Mes numéros et informations utiles</b>	112



## TO ALL DOCTORS NOT SPECIALIZED IN BLEEDING DISORDERS

### → Go to GUIDELINES IN CASE OF EMERGENCY

p 7 for Haemophilia

p 9 for Willebrand disease

p 11 for Platelet Disorder

p 13 for Inherited Bleeding Disorder



**CARTE D'URGENCE**  
EMERGENCY CARD

**COLLER ICI LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'URGENCE**

Nom / *Name* : \_\_\_\_\_

Prénom / *First name* : \_\_\_\_\_

Date de naissance / *Birth date* : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Risque HEMORRAGIQUE, prise en charge prioritaire :  
administrer un traitement spécifique en cas d'hémorragie  
ou d'intervention chirurgicale

Personnes à prévenir en priorité

Mme/M. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Mme/M. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Contacts médicaux

Suivi(e) par le centre : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Spécialiste référent : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nuit : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COLLER ICI LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'URGENCE**

**+** Plus d'informations sur le site [www.mhemo.fr](http://www.mhemo.fr) (situation d'urgence)  
et [www.orphanet.net](http://www.orphanet.net) (rubrique hémophilie/urgence)



Association française  
des hémophiles

Informations individuelles sur la maladie

Type d'hémophilie :  A (FVIII)  B (FIX)

Taux de facteur : VIII : \_\_\_\_\_ % IX : \_\_\_\_\_ %

Inhibiteur :  OUI  NON

Si oui :  Inhibiteur persistant  Inhibiteur disparu

Titre actif : \_\_\_\_\_ IU/ml

Hémophilie :  A  B  V

Taux de facteur VIII 1h après : \_\_\_\_\_ % 4h après : \_\_\_\_\_ %

Médicament habituel de la maladie (traitement substitutif du déficit en facteur de la coagulation et dose préconisée en UI/kg de poids corporel)

\_\_\_\_\_

Autres informations médicales utiles : \_\_\_\_\_

**COLLER ICI LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE D'URGENCE**

## INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Remplissez ce formulaire, ou collez la photocopie de votre carte d'urgence en page ci-contre

Nom / Name : \_\_\_\_\_

Prénom / First name : \_\_\_\_\_

Date de naissance / Date of birth : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Risque HÉMORRAGIQUE, prise en charge prioritaire :  
administrer un traitement spécifique en cas d'hémorragie,  
d'intervention chirurgicale, ou de geste à risque de saignements**

**Personnes à prévenir en priorité** / Primary contact

Mme/M. / Mrs/Mr \_\_\_\_\_ Tél. / Phone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mme/M. / Mrs/Mr \_\_\_\_\_ Tél. / Phone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Contacts médicaux** / Medical contacts

Centre de traitement / Treatment centre : \_\_\_\_\_

Tél. / Phone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Spécialiste référent / Usual specialist : \_\_\_\_\_

Pharmacie hospitalière / Hospital pharmacy : \_\_\_\_\_

Tél. / Phone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Téléphone médical en cas d'urgence** / Emergency Medical number

Jour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Day

Nuit : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Night



**Plus d'informations** sur le site [www.mhemo.fr](http://www.mhemo.fr) (situation d'urgence)  
et [www.orpha.net](http://www.orpha.net) (rubrique)



## Informations individuelles sur la maladie / Medical information on the disorder

Type d'hémophilie / Haemophilia type:  A (FVIII)  B (FIX)

Taux de facteur / Factor clotting activity:

VIII : \_\_\_\_\_ % IX : \_\_\_\_\_ %

Inhibiteur / Inhibitor:  OUI / YES  NON / NO

Si oui:  Inhibiteur persistant  Inhibiteur disparu  
If yes: Persistent inhibitor Negative inhibitor

Titre actuel : \_\_\_\_\_ UB/ml Titre maximum atteint : \_\_\_\_\_ UB/ml  
Present titre: Maximum titre achieved:

Date de la dernière recherche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date of the last search:

## Hémophilie A mineure : résultat de l'épreuve DDAVP

Mild haemophilia A: result of DDAVP test

Taux de facteur VIII 1 heure après : \_\_\_\_\_ % 4 heures après : \_\_\_\_\_ %  
Factor VIII level after 1 hour: After 4 hours:

## Médicament habituel de la maladie

(traitement substitutif du déficit en facteur de la coagulation et dose préconisée en UI/kg de poids corporel)

Drugs used for the disease (factor replacement therapy and recommended dose in IU/kg body weight)

---

---

Autres informations médicales utiles : \_\_\_\_\_  
Other useful medical information

---

---

## → RECOMMANDATIONS EN CAS D'URGENCE

1. Corriger la coagulation avant toute exploration complémentaire, toute intervention chirurgicale ou tout geste invasif (ponctions, suture...). Contre-indiquer les injections intramusculaires.
2. Corriger la coagulation en urgence en cas d'hémorragie ou de traumatisme important par injection de 50 UI/kg de concentré de facteur VIII (ou DDAVP si bon répondeur) en cas d'hémophilie A ; ou par injection de 70 à 100 UI/kg de concentré de FIX en cas d'hémophilie B.
3. Utiliser, si possible, le médicament habituellement prescrit ou apporté par le patient ou sinon, un produit analogue disponible à la pharmacie hospitalière.
4. En cas d'inhibiteur actuel ou d'antécédent, ou pour toute question relative à la prise en charge, contacter impérativement le centre de suivi habituel du porteur de cette carte (voir la page des coordonnées p. 5).
5. La prise en charge de la douleur est indispensable. La prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est contre-indiquée.
6. Écouter le patient : il connaît sa maladie, son traitement et son centre de suivi.

## → GUIDELINES IN CASE OF EMERGENCY

1. Correct coagulation before any further exploration, surgery or invasive procedures (punctures, sutures, etc.). Prohibit intramuscular injections
2. Correct coagulation urgently in case of haemorrhage or severe trauma by injecting 50 IU/kg factor VIII concentrate (or DDAVP/Desmopressin if good responder) in case of haemophilia A or by injecting 70 to 100 IU/kg of FIX concentrate in case of haemophilia B.
3. Use, if possible, the drug usually prescribed or provided by the patient or, if not, a similar product available at the hospital pharmacy.
4. In the event of a current or previous inhibitor, or for any question relating to treatment, it is essential to contact the cardholder's usual treatment centre (see contact details p5).
5. Pain management is essential. Aspirin or non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are contraindicated. Paracetamol can be used.
6. Listen to the patient: he/she knows his/her illness, his/her treatment and his/her treatment centre.

# MALADIE DE WILLEBRAND

## Informations individuelles sur la maladie / Medical information on the disorder

### Type de maladie de Willebrand :

Type of Willebrand disease:

Type 1 (déficit quantitatif partiel) :  Forme sévère  Forme modérée  
(partial quantitative deficiency): Severe form Moderate form

Type 2 (déficit qualitatif) :  Type 2A  Type 2B  Type 2M  Type 2N  
(qualitative deficiency):

Type 3 (déficit quantitatif total)  Type indéterminé  
(total quantitative deficiency) Indeterminate type

**Caractéristique biologique :** VWF : Act (Activité fonctionnelle) : \_\_\_\_\_ %  
Biological characteristics: (functional activity)

VWF Ag (Antigène / Antigen) : \_\_\_\_\_ % FVIII : \_\_\_\_\_ %

Plaquettes / Platelets : \_\_\_\_\_ giga/L

Pour le type 3 inhibiteur anti-VWF :  OUI / yes  NON / no  
For type 3 anti-VWF inhibitor:

Date de la dernière recherche : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date of the last search:

**Test à la desmopressine :** Bon répondeur  OUI / yes  NON / no  
Desmopressin test: Good responder

**Médicament habituel de la maladie / Routine drugs for the disease :**  
(traitement substitutif et posologie en UI/kg de poids corporel)  
(substitute treatment and dosage in IU/kg body-weight)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autres informations médicales utiles :** \_\_\_\_\_  
Other useful medical information

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## → RECOMMANDATIONS EN CAS D'URGENCE

1. Le risque de survenue d'hémorragie grave, en particulier d'hémorragies cérébrales ou des muqueuses, dépend de l'importance du déficit.
2. Pour toute question relative à la prise en charge, contacter le centre de suivi habituel du porteur de cette carte (voir la page des coordonnées p. 5).
3. Corriger la coagulation en urgence en cas d'hémorragie ou de traumatisme important et avant toute intervention chirurgicale ou tout geste invasif (ponctions, suture...) par injection de concentré de facteur Willebrand ou par desmopressine si bon répondeur.
4. La prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est contre-indiquée.
5. Écouter le patient : il connaît sa maladie, son traitement et son centre de suivi.

## → GUIDELINES IN CASE OF EMERGENCY

1. The risk of severe bleeding, particularly cerebral or mucosal bleeding, depends on the severity of the deficiency.
2. For any questions regarding treatment, contact the cardholder's usual treatment centre (see contact details p5).
3. Correct coagulation urgently in case of hemorrhage or major trauma and before any surgical intervention or invasive procedure (punctures, sutures...) by injection of Willebrand factor concentrate or by desmopressin if good responder.
4. Aspirin or non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are contraindicated.
5. Listen to the patient: he/she knows his/her illness, his/her treatment and his/her treatment centre.

# PATHOLOGIE PLAQUETTAIRE

## Informations individuelles sur la maladie / Medical information on the disorder

Thrombopénie : *diagnostic si connu* \_\_\_\_\_  
*Thrombocytopenia: name if known*

Thrombopathie : *diagnostic si connu* \_\_\_\_\_  
*Thrombopathy: name if known*

Compte plaquettaire : \_\_\_\_\_ G/L  
*Platelet count:*

**Risque hémorragique :**  élevé  modéré  standard  
*Risk of hemorrhage: high moderate normal*



**Risque d'inefficacité des plaquettes transfusées si présence d'anticorps**  
*Risk of ineffectiveness of transfused platelets if antibodies are present*

Anticorps anti-HPA :  OUI  NON Anticorps anti-HLA :  OUI  NON  
*Anti HPA antibody: YES NO Anti HLA antibody: YES NO*

Date de la dernière recherche : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
*Date of the last search:*

**Traitements à visée antihémorragique :**  
*Anti-hemorrhagic treatments commonly used:*

---

---

**Précautions particulières liées au type et à la sévérité de la pathologie**  
*Special precautions related to the type and severity of the disorder*

---

---

---



## ➔ RECOMMANDATIONS EN CAS D'URGENCE

1. Le risque de survenue d'hémorragie grave dépend du type de la pathologie plaquettaire. Le risque hémorragique peut être sévère, même avec un compte plaquettaire normal (thrombopathie).
2. **Contactez un des médecins spécialistes** du centre prenant en charge le porteur de cette carte (voir la page des coordonnées p. 5).
3. En cas d'hémorragie ou de traumatisme important, administrer le traitement habituel en urgence.
4. Corriger l'hémostase avant toute chirurgie ou tout geste invasif.
5. Tous les moyens d'hémostase locaux sont à favoriser.
6. Les médicaments antithrombotiques susceptibles d'aggraver les troubles de l'hémostase sont à prescrire uniquement après l'avis du centre expert. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiqués.
7. Prélever un tube sec avant toute transfusion pour rechercher la présence d'anticorps antiplaquettes. Prendre contact avec l'Établissement Français du Sang.

## ➔ GUIDELINES IN CASE OF EMERGENCY

1. The risk of severe bleeding depends on the type of platelet pathology. The risk of bleeding can be severe even with a normal platelet count (thrombopathy).
2. Contact one of the specialist doctors at the cardholder's treatment centre (see contact details p5).
3. In case of hemorrhage or severe trauma, administer the usual emergency treatment.
4. Correct hemostasis before any surgery or invasive procedure.
5. All local means of hemostasis should be encouraged.
6. Antithrombotic drugs that may aggravate hemostasis disorders should only be prescribed after consultation with the treatment centre. Aspirin or non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are contraindicated.
7. Collect a blood sample in a dry tube before any transfusion to check for the presence of antiplatelet antibodies. Contact the blood transfusion center.

## Informations individuelles sur la maladie

*Medical information on the disorder*

**Type de déficit :** \_\_\_\_\_

*Type of deficiency:*

**Taux :** \_\_\_\_\_ UI/dL

*Rate :*

## Médicaments habituels de la maladie/ Dose(s) recommandée(s)

*Routine drugs used for treatment/ Recommended dose(s)*

---

---

---

---

## Autres informations médicales utiles

*Other useful medical information*

---

---

---

---



## → RECOMMANDATIONS EN CAS D'URGENCE

1. Pour toute question relative à la prise en charge, contacter un des médecins spécialistes du centre prenant en charge le porteur de cette carte (voir la page coordonnées p. 5).
2. Un traitement substitutif du déficit est à envisager en urgence en cas d'hémorragie ou de traumatisme grave ou avant une intervention chirurgicale.
3. La prise en charge de la douleur est indispensable.
4. La prise d'aspirine, d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou d'anticoagulants est à discuter avec le centre référent.
5. Écouter le patient : il connaît sa maladie, son traitement et son centre de référence.

 **Plus d'informations sur les déficits** sur le site [www.mhemo.fr](http://www.mhemo.fr)

## → GUIDELINES IN CASE OF EMERGENCY

1. For any questions regarding treatment, contact one of the specialist doctors at the cardholder's treatment centre (see the contact details p5).
2. Substitutive treatment of the deficiency should be considered as a matter of urgency in the event of hemorrhage or severe trauma or before surgery.
3. Pain management is essential.
4. The use of aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or anticoagulants should be discussed with the treatment centre.
5. Listen to the patient: he/she knows his/her illness, his/her treatment and his/her treatment centre.

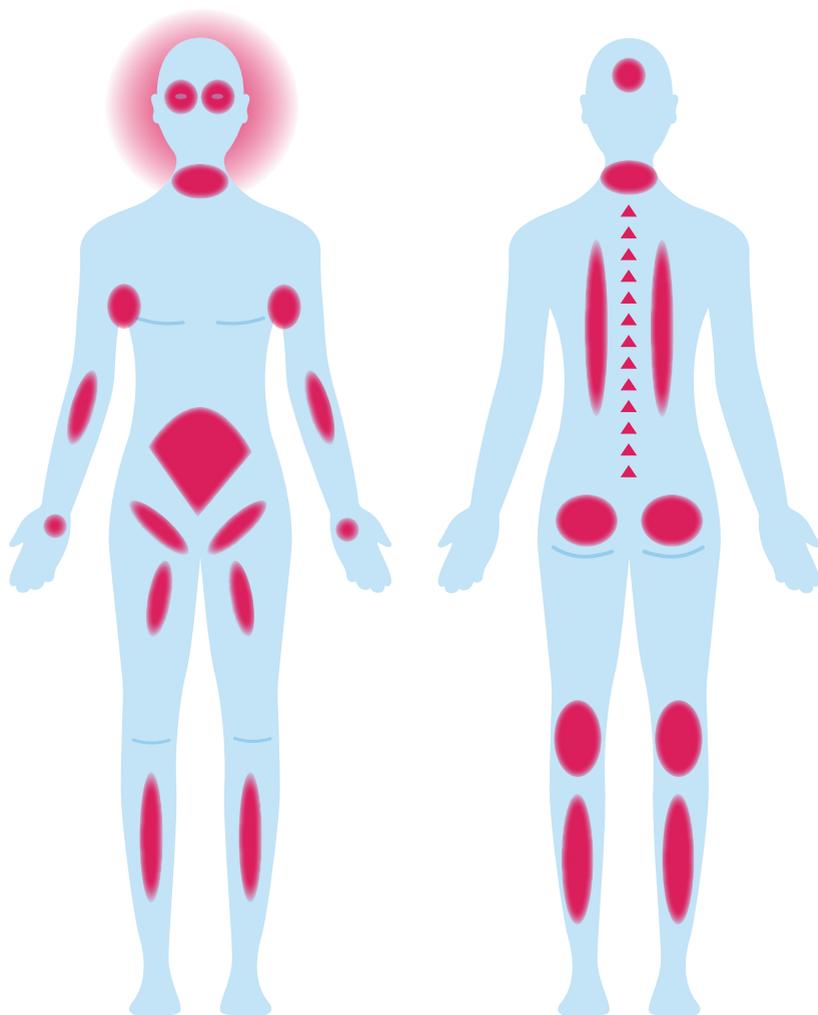
## L'ESSENTIEL À DIRE AUX URGENCES

**En cas d'impossibilité ou de difficulté pour m'exprimer, un proche aidant peut suivre les recommandations suivantes :**

- ▶ J'appelle le professionnel de santé du centre de suivi spécialisé dans lequel je suis suivi.e (mon CRC-MHC Centre de Ressources et de Compétences - Maladies Hémorragiques Constitutionnelles ; ou bien mon CT-MHC Centre de Traitement - Maladies Hémorragiques Constitutionnelles) et je lui dis où je vais.
- ▶ J'apporte ma carte d'urgence et mon carnet de suivi.
- ▶ J'explique en quelques phrases le risque hémorragique lié à ma maladie.
- ▶ Il est indispensable que le service d'urgence entre en contact avec mon centre de suivi spécialisé, soit directement, soit par mon intermédiaire.
- ▶ Je préviens qu'en cas d'hémorragie ou avant toute intervention ou tout geste invasif (chirurgie, endoscopie, infiltration, points de suture), un protocole doit être établi avec un médecin d'un centre de suivi spécialisé.

## LOCALISATIONS DANGEREUSES DES HÉMATOMES

Ces localisations à risque nécessitent de prendre contact avec votre centre de suivi spécialisé et d'en surveiller l'évolution



FACE

DOS

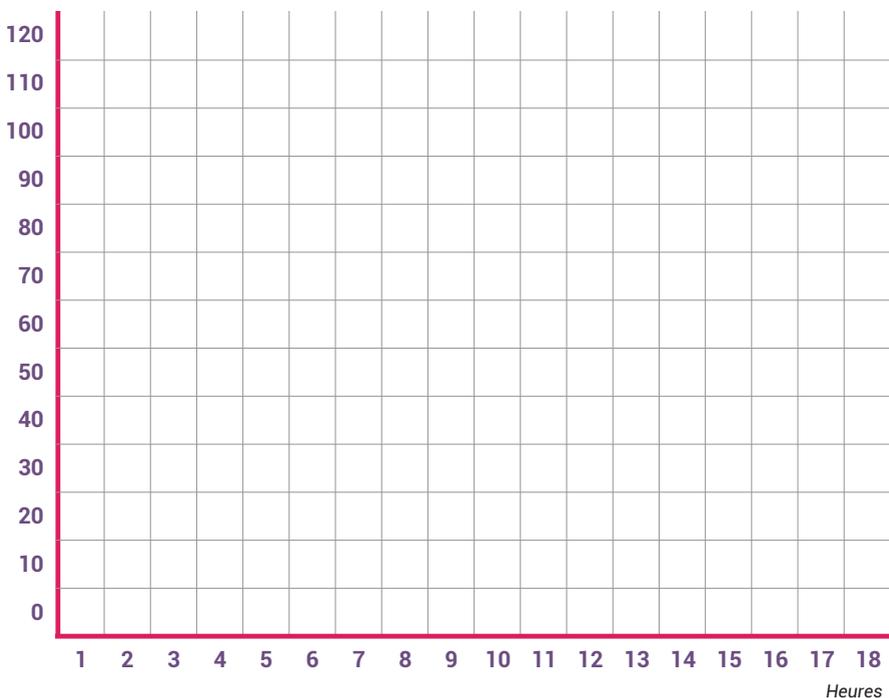
# COURBE DE PHARMACOCINÉTIQUE

La courbe de pharmacocinétique permet d'évaluer heure par heure la quantité disponible de certains médicaments dans votre organisme.

Quand c'est possible, demandez au médecin de votre centre de remplir cette page

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux en %



Observations générales :

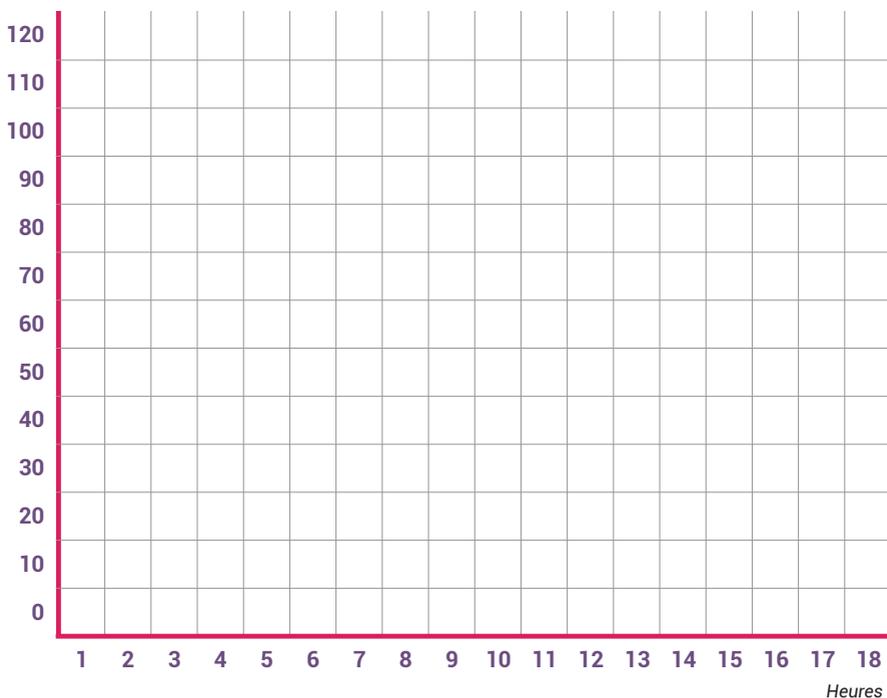
# COURBE DE PHARMACOCINÉTIQUE

La courbe de pharmacocinétique permet d'évaluer heure par heure la quantité disponible de certains médicaments dans votre organisme.

Quand c'est possible, demandez au médecin de votre centre de remplir cette page

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Taux en %



Observations générales :

## TRAITEMENTS DES AUTRES MALADIES

Si vous prenez habituellement d'autres traitements pour d'autres maladies, notez ci-dessous :

Nom du médicament	Dose et fréquence de prise	Date d'initiation	Date de fin

**Si vous prenez habituellement d'autres traitements pour d'autres maladies, notez ci-dessous :**

Nom du médicament	Dose et fréquence de prise	Date d'initiation	Date de fin

► Complétez le tableau pour chaque saignement

**Date du saignement :** le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_ **Nombre de jours d'absence :** \_\_\_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente
- Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

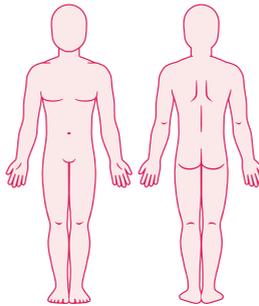
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

**Type (cochez si c'est) :**

- ORL (nez, gencives...)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Musculaire (hématome)
- Digestif
- Articulaire (hémarthrose)
- Gynécologique
- Je ne suis pas sûr(e)

**Injection(s)**  OUI  NON *Si oui, reportez vos injections sur la page de droite*

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

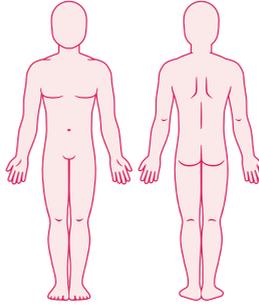
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

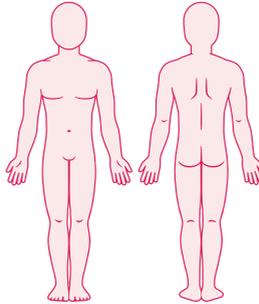
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

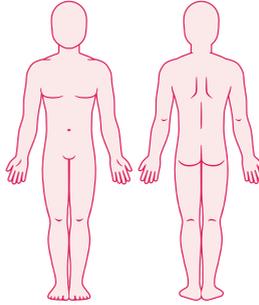
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

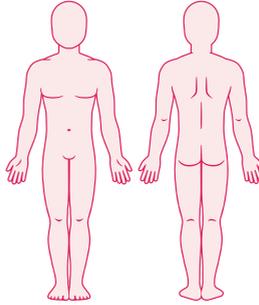
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

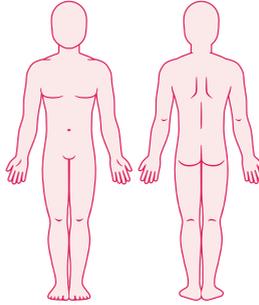
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>

► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

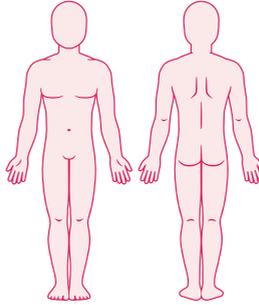
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

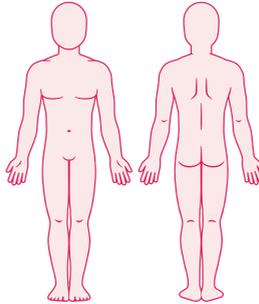
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

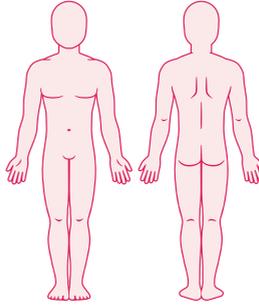
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

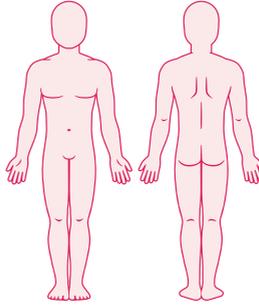
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>

► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

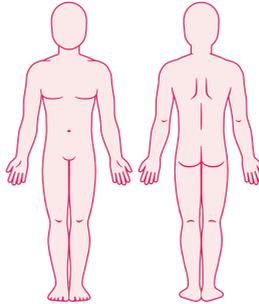
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

\_\_\_\_\_

Dose :

\_\_\_\_\_

Fréquence :

\_\_\_\_\_

Durée :

\_\_\_\_\_

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>



► Complétez le tableau pour chaque saignement

Date du saignement : le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Nombre de jours d'absence : \_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Nature du saignement**

- Sans cause apparente  
 Traumatique (choc)

**Passage aux urgences**

- OUI  NON

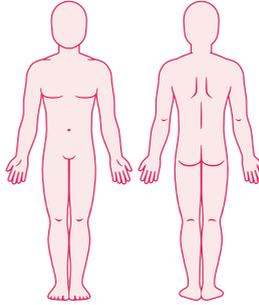
**Douleur lors du saignement**

Entourez le visage qui correspond à votre ressenti



**Où ?**

Entourez le lieu du saignement sur le bonhomme



**Traitements antidouleurs**

- OUI  NON

Si oui, lequel (lesquels) :

Dose :

Fréquence :

Durée :

**Type** (cochez si c'est) :

- ORL (nez, gencives...)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Musculaire (hématome)  Digestif  Je ne suis pas sûr(e)  
 Articulaire (hémarthrose)  Gynécologique

**Injection(s)**  OUI  NON Si oui, reportez vos injections sur la page de droite

**Transfusion plaquettaire**  OUI  NON

**Autres traitements anti-saignements**  OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris : Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection **hors prévention (prophylaxie) et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>
<p><b>Date</b> : ___/___/___</p> <p><b>Heure</b> : ___h___</p> <p><b>Qui ?</b> : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <p><i>Etiquette</i></p> <p><i>Commentaires</i></p>

## HISTORIQUE DES INJECTIONS PRÉVENTIVES (PROPHYLAXIE)

### Mes habitudes d'injection :

Avant de faire mon injection, je fais (ou mes parents font) :

---



---

Au moment de mon injection, je m'installe :

---



---

Après mon injection, j'aime bien :

---



---

- ▶ Complétez le tableau pour chaque injection **hors saignements**
- ▶ En cas de saignement, les injections et les informations sont à reporter **uniquement** dans la partie « Saignements » des pages 20 à 43
- ▶ En cas d'intervention ou de geste à risque de saignements, les injections sont à reporter **uniquement** des pages 78 à 87

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p 88. à 89.**

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 50%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 50%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 50%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 50%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 50%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <p>Etiquette</p> <p>Commentaires</p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <p>Etiquette</p> <p>Commentaires</p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <p>Etiquette</p> <p>Commentaires</p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <p>Etiquette</p> <p>Commentaires</p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <p>Etiquette</p> <p>Commentaires</p>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-top: 0;">Commentaires</p> </div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras         </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> __/__/__</p> <p><b>Heure :</b> __h__</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

Pour chaque injection **hors saignements et hors interventions, gestes** :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez si l'injection a été faite en intraveineuse (IV), en sous-cutanée (SC), et sa localisation (gauche G ou droite D, lieu précis)
- ▶ Notez les commentaires utiles pour vous

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Commentaires</p> </div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p> <input type="checkbox"/> IV   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> main   <input type="checkbox"/> pied   <input type="checkbox"/> pli coude   <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC   <input type="checkbox"/> G   <input type="checkbox"/> D   <input type="checkbox"/> ventre   <input type="checkbox"/> cuisse   <input type="checkbox"/> bras                 </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Commentaires</p> </div> </div>

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable  <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> bras</p> <p><i>Etiquette</i> <span style="float: right;"><i>Commentaires</i></span></p>

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_

# INTERVENTIONS, GESTES À RISQUE DE SAIGNEMENTS

Chirurgie, endoscopie, infiltration, points de suture, soins dentaires...

- Pour chaque intervention ou geste à risque de saignements, remplissez ou demandez au professionnel de santé ou au service hospitalier de compléter le tableau

**Date :** le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Lieu :** \_\_\_\_\_ (hôpital, cabinet...)  
**Nbre de jours d'absence :** \_\_\_\_\_  
scolaire ou professionnelle

**Passage aux urgences :**  OUI  NON

**Protocole rédigé par votre centre de suivi spécialisé :**  OUI  NON

## Type

### Chirurgie

Précisez le type de chirurgie :

- Orthopédique : \_\_\_\_\_  
 Gynécologique : \_\_\_\_\_  
 ORL : \_\_\_\_\_  
 Urologique : \_\_\_\_\_  
 Digestif : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

### Gestes invasifs

- Endoscopie (fibroscopie, coloscopie)  
 Infiltration dans une articulation  
 Points de suture

### Soins dentaires

- Soins  Détartrage  
 Extraction  Autre : \_\_\_\_\_

**Autres, précisez :** \_\_\_\_\_

## Nom des traitements substitutifs

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date de début des traitements : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de fin des traitements : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nbre de journées de traitement : \_\_\_\_\_

Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_

ou en mg : \_\_\_\_\_

## Autres traitements

### anti-saignements :

OUI  NON

Entourez le nom du médicament pris :

Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®

Desmopressine : Octim®, Minirin®

Autre : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Durée : \_\_\_\_\_

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

Pour chaque injection :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

- Pour chaque intervention ou geste à risque de saignements, remplissez ou demandez au professionnel de santé ou au service hospitalier de compléter le tableau

<b>Date :</b> le ___/___/___ <b>Lieu :</b> _____ <small>(hôpital, cabinet...)</small> <b>Nbre de jours d'absence :</b> _____ <small>scolaire ou professionnelle</small>	
<b>Passage aux urgences :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Protocole rédigé par votre centre de suivi spécialisé :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Type</b> <b>Chirurgie</b> <i>Précisez le type de chirurgie :</i> <input type="checkbox"/> Orthopédique : _____ <input type="checkbox"/> Gynécologique : _____ <input type="checkbox"/> ORL : _____ <input type="checkbox"/> Urologique : _____ <input type="checkbox"/> Digestif : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Gestes invasifs</b> <input type="checkbox"/> Endoscopie (fibroscopie, coloscopie) <input type="checkbox"/> Infiltration dans une articulation <input type="checkbox"/> Points de suture <b>Soins dentaires</b> <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Autres, précisez :</b> _____
<b>Nom des traitements substitutifs</b> _____ _____ _____ _____ Date de début des traitements : ___/___/___ Date de fin des traitements : ___/___/___ Nbre de journées de traitement : _____ Qté injectée en unités : _____ ou en mg : _____	<b>Autres traitements anti-saignements :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Entourez le nom du médicament pris :</i> Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof® Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : _____ Dose : _____ Fréquence : _____ Durée : _____

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

- Pour chaque intervention ou geste à risque de saignements, remplissez ou demandez au professionnel de santé ou au service hospitalier de compléter le tableau

<b>Date :</b> le ___/___/___ <b>Lieu :</b> _____ <small>(hôpital, cabinet...)</small> <b>Nbre de jours d'absence :</b> _____ <small>scolaire ou professionnelle</small>	
<b>Passage aux urgences :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Protocole rédigé par votre centre de suivi spécialisé :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Type</b> <b>Chirurgie</b> <i>Précisez le type de chirurgie :</i> <input type="checkbox"/> Orthopédique : _____ <input type="checkbox"/> Gynécologique : _____ <input type="checkbox"/> ORL : _____ <input type="checkbox"/> Urologique : _____ <input type="checkbox"/> Digestif : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Gestes invasifs</b> <input type="checkbox"/> Endoscopie (fibroscopie, coloscopie) <input type="checkbox"/> Infiltration dans une articulation <input type="checkbox"/> Points de suture <b>Soins dentaires</b> <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Autres, précisez :</b> _____
<b>Nom des traitements substitutifs</b> _____ _____ _____ _____ Date de début des traitements : ___/___/___ Date de fin des traitements : ___/___/___ Nbre de journées de traitement : _____ Qté injectée en unités : _____ ou en mg : _____	<b>Autres traitements anti-saignements :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Entourez le nom du médicament pris :</i> Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof® Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : _____ Dose : _____ Fréquence : _____ Durée : _____

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

- Pour chaque intervention ou geste à risque de saignements, remplissez ou demandez au professionnel de santé ou au service hospitalier de compléter le tableau

<b>Date :</b> le ___/___/___ <b>Lieu :</b> _____ <small>(hôpital, cabinet...)</small> <b>Nbre de jours d'absence :</b> _____ <small>scolaire ou professionnelle</small>	
<b>Passage aux urgences :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Protocole rédigé par votre centre de suivi spécialisé :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Type</b> <b>Chirurgie</b> <i>Précisez le type de chirurgie :</i> <input type="checkbox"/> Orthopédique : _____ <input type="checkbox"/> Gynécologique : _____ <input type="checkbox"/> ORL : _____ <input type="checkbox"/> Urologique : _____ <input type="checkbox"/> Digestif : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Gestes invasifs</b> <input type="checkbox"/> Endoscopie (fibroscopie, coloscopie) <input type="checkbox"/> Infiltration dans une articulation <input type="checkbox"/> Points de suture <b>Soins dentaires</b> <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Autres, précisez :</b> _____
<b>Nom des traitements substitutifs</b> _____ _____ _____ _____ Date de début des traitements : ___/___/___ Date de fin des traitements : ___/___/___ Nbre de journées de traitement : _____ Qté injectée en unités : _____ ou en mg : _____	<b>Autres traitements anti-saignements :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Entourez le nom du médicament pris :</i> Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof® Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : _____ Dose : _____ Fréquence : _____ Durée : _____

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>

- Pour chaque intervention ou geste à risque de saignements, remplissez ou demandez au professionnel de santé ou au service hospitalier de compléter le tableau

<b>Date :</b> le ___/___/___		<b>Lieu :</b> _____ <small>(hôpital, cabinet...)</small>		<b>Nbre de jours d'absence :</b> _____ <small>scolaire ou professionnelle</small>	
<b>Passage aux urgences :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
<b>Protocole rédigé par votre centre de suivi spécialisé :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
<b>Type</b> <b>Chirurgie</b> <i>Précisez le type de chirurgie :</i> <input type="checkbox"/> Orthopédique : _____ <input type="checkbox"/> Gynécologique : _____ <input type="checkbox"/> ORL : _____ <input type="checkbox"/> Urologique : _____ <input type="checkbox"/> Digestif : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____			<b>Gestes invasifs</b> <input type="checkbox"/> Endoscopie (fibroscopie, coloscopie) <input type="checkbox"/> Infiltration dans une articulation <input type="checkbox"/> Points de suture <b>Soins dentaires</b> <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Autres, précisez :</b> _____		
<b>Nom des traitements substitutifs</b> _____ _____ _____ _____ Date de début des traitements : ___/___/___ Date de fin des traitements : ___/___/___ Nbre de journées de traitement : _____ Qté injectée en unités : _____ ou en mg : _____			<b>Autres traitements anti-saignements :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Entourez le nom du médicament pris :</i> Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof® Desmopressine : Octim®, Minirin® Autre : _____ Dose : _____ Fréquence : _____ Durée : _____		

**Si survenue d'un effet indésirable lors de la prise d'un traitement, reportez-vous à la partie « Effets indésirables » p. 88 à 89.**

► Nbre de jours de traitement : \_\_\_\_\_ Qté injectée en unités : \_\_\_\_\_ en mg : \_\_\_\_\_



Pour chaque injection :

- ▶ Indiquez la personne qui a réalisé l'injection (Qui ?) et le nom du médicament, le numéro de lot, la date de péremption (ou collez l'étiquette)
- ▶ Cochez où l'injection a été faite : gauche G ou droite D ; et le lieu précis
- ▶ Notez les commentaires utiles

<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>
<p><b>Date :</b> ___/___/___</p> <p><b>Heure :</b> ___h___</p> <p><b>Qui ? :</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> pli coude <input type="checkbox"/> chambre implantable</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;">Etiquette</div> <div style="width: 45%;">Commentaires</div> </div>





Remplissez le tableau à la 1<sup>re</sup> utilisation du carnet et lors de modifications de l'intensité des saignements ou du traitement régularisant l'abondance de vos règles

Date ou période	<b>Évaluation de vos règles</b> <i>Entourez le visage qui correspond à votre ressenti avec vos commentaires (pour évaluer l'abondance de vos règles, cf. p. 96 et 97)</i>	<b>Traitement hormonal (pilule ou autres)</b> <i>Précisez le nom du traitement et le nombre de jours par mois où vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i>	<b>Stérilet hormonal</b>
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p><b>Acide tranexamique : Exacyl®, Spotof®</b></p> <p><i>Précisez la dose et la fréquence à laquelle vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i></p>	<p><b>Fer</b></p>	<p><b>Traitements de coagulation propres à votre maladie hémorragique</b></p> <p><i>(Desmopressine : Octim®, Minirin® / transfusion de plaquettes / médicaments à base de facteur de coagulation...). Précisez le nom du traitement</i></p>	<p><b>Transfusion de globules rouges</b></p>
<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____                 </p> <p><i>Tolérance</i></p> <p> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>
<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____                 </p> <p><i>Tolérance</i></p> <p> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>

Date ou période	<b>Évaluation de vos règles</b> <i>Entourez le visage qui correspond à votre ressenti avec vos commentaires (pour évaluer l'abondance de vos règles, cf. p. 96 et 97)</i>	<b>Traitement hormonal (pilule ou autres)</b> <i>Précisez le nom du traitement et le nombre de jours par mois où vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i>	<b>Stérilet hormonal</b>
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p><b>Acide tranexamique :</b> <b>Exacyl®, Spotof®</b></p> <p><i>Précisez la dose et la fréquence à laquelle vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i></p>	<p><b>Fer</b></p>	<p><b>Traitements de coagulation propres à votre maladie hémorragique</b></p> <p><i>(Desmopressine : Octim®, Minirin® / transfusion de plaquettes / médicaments à base de facteur de coagulation...). Précisez le nom du traitement</i></p>	<p><b>Transfusion de globules rouges</b></p>
<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____                 </p> <p><i>Tolérance</i></p> <p> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>
<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____                 </p> <p><i>Tolérance</i></p> <p> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non                 </p>

Date ou période	<b>Évaluation de vos règles</b> <i>Entourez le visage qui correspond à votre ressenti avec vos commentaires (pour évaluer l'abondance de vos règles, cf. p. 96 et 97)</i>	<b>Traitement hormonal (pilule ou autres)</b> <i>Précisez le nom du traitement et le nombre de jours par mois où vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i>	<b>Stérilet hormonal</b>
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p><b>Acide tranexamique :</b> <b>Exacyl®, Spotof®</b></p> <p><i>Précisez la dose et la fréquence à laquelle vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i></p>	<p><b>Fer</b></p>	<p><b>Traitements de coagulation propres à votre maladie hémorragique</b></p> <p><i>(Desmopressine : Octim®, Minirin® / transfusion de plaquettes / médicaments à base de facteur de coagulation...). Précisez le nom du traitement</i></p>	<p><b>Transfusion de globules rouges</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____</p> <p><i>Tolérance</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence : _____</p> <p><i>Tolérance</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non</p>

Date ou période	Évaluation de vos règles <i>Entourez le visage qui correspond à votre ressenti avec vos commentaires (pour évaluer l'abondance de vos règles, cf. ci-dessous)</i>	Traitement hormonal (pilule ou autres) <i>Précisez le nom du traitement et le nombre de jours par mois où vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i>	Stérilet hormonal
	 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Nb de j/mois : ____ Tolérance 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

► Règles : pour évaluer l'abondance de vos règles

→ Votre médecin vous remettra une fiche de score de Higham qui permet de comptabiliser, par jour de règles, le nombre de serviettes ou de tampons utilisés. Vous pouvez télécharger le mode d'emploi de cette fiche à l'adresse internet :

**<http://hopital-necker.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/14/files/2018/02/score-de-higham-v2.pdf>**

Date :		Jours de règles							Total points	
Serviette ou tampon	Nombre de changements	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>		8 <sup>e</sup>
	1				4	3				7
	5		6	6						60
	20	5								100
Callous		X								
Débordement			X							167

<p><b>Acide tranexamique :</b> <b>Exacyl®, Spotof®</b></p> <p><i>Précisez la dose et la fréquence à laquelle vous le prenez. Entourez le visage qui correspond à votre niveau de tolérance de ce traitement</i></p>	<p><b>Fer</b></p>	<p><b>Traitements de coagulation propres à votre maladie hémorragique</b></p> <p><i>(Desmopressine : Octim®, Minirin® / transfusion de plaquettes / médicaments à base de facteur de coagulation...). Précisez le nom du traitement</i></p>	<p><b>Transfusion de globules rouges</b></p>
<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> pris à la dose conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose plus faible  <input type="checkbox"/> pris à la fréquence conseillée  <input type="checkbox"/> pris à une dose moins fréquente que la dose conseillée  <input type="checkbox"/> Dose / fréquence :            _____            Tolérance   </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non         </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non            _____            _____         </p>	<p> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non         </p>

- ou vous pouvez aussi mesurer le nombre de ml si vous utilisez une coupe menstruelle ;
- ou bien vous pouvez considérer que vos règles sont abondantes si vous changez de tampons/serviettes plus fréquemment que toutes les 2 heures, et/ou que vous saignez plus de 7 jours, et/ou que vous avez des caillots et débordements, et/ou que vos règles sont douloureuses.

## Grossesses

Remplissez le tableau depuis que vous avez ce carnet

Année	Grossesse	Gestes
	<p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Historique des injections préventives » p. 44</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Amniocentèse  <input type="checkbox"/> Cerclage  <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i></p>
	<p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Historique des injections préventives » p. 44</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Amniocentèse  <input type="checkbox"/> Cerclage  <input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i></p>

Accouchement	Post-accouchement
<p> <input type="checkbox"/> Par voie basse  <input type="checkbox"/> Césarienne  <input type="checkbox"/> Programmé            (voie basse, césarienne)         </p> <p> <input type="checkbox"/> Péridurale  <input type="checkbox"/> Rachianesthésie         </p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i> </p>	<p> <input type="checkbox"/> Dans les 24 heures post-accouchement            Si saignement, précisez le traitement :         </p> <p> <input type="checkbox"/> Au-delà de 24 heures et jusqu'à 6 semaines post-accouchement         </p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i> </p>
<p> <input type="checkbox"/> Par voie basse  <input type="checkbox"/> Césarienne  <input type="checkbox"/> Programmé            (voie basse, césarienne)         </p> <p> <input type="checkbox"/> Péridurale  <input type="checkbox"/> Rachianesthésie         </p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i> </p>	<p> <input type="checkbox"/> Dans les 24 heures post-accouchement            Si saignement, précisez le traitement :         </p> <p> <input type="checkbox"/> Au-delà de 24 heures et jusqu'à 6 semaines post-accouchement         </p> <p>Si saignement, précisez le traitement :</p> <p>Traitement préventif :  <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON  <i>Si oui, reportez vos injections dans « Interventions, gestes à risque de saignements » p. 79</i> </p>

## DOULEURS ARTICULAIRES CHRONIQUES

Notez la période, l'articulation concernée, les traitements que vous prenez en cas de douleur articulaire chronique et entourez le niveau de soulagement après traitement

Période	Articulation concernée <i>Genou, coude, etc. Droite ou gauche</i>	Traitements pris habituellement pour soulager la douleur <i>Nom du médicament, dose et fréquence de prise</i>	Soulagement après traitement
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		

**Notez la période, l'articulation concernée, les traitements que vous prenez en cas de douleur articulaire chronique et entourez le niveau de soulagement après traitement**

Période	Articulation concernée  <i>Genou, coude, etc. Droite ou gauche</i>	Traitements pris habituellement pour soulager la douleur  <i>Nom du médicament, dose et fréquence de prise</i>	Soulagement après traitement
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		

Notez la période, l'articulation concernée, les traitements que vous prenez en cas de douleur articulaire chronique et entourez le niveau de soulagement après traitement

Période	Articulation concernée <i>Genou, coude, etc. Droite ou gauche</i>	Traitements pris habituellement pour soulager la douleur <i>Nom du médicament, dose et fréquence de prise</i>	Soulagement après traitement
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		
	Articulation : _____ <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche		

## Complétez les informations ci-dessous

- ▶ Nom et téléphone du kinésithérapeute :

\_\_\_\_\_

- ▶ Séances de kinésithérapie (sur les 12 derniers mois) :

Oui    Non

Si oui, précisez :

Période : \_\_\_\_\_ et fréquence : \_\_\_\_\_

- ▶ Activité physique ou sportive

Oui    Non

Si oui : laquelle/ lesquelles : \_\_\_\_\_

- ▶ Avez-vous un éducateur d'activité physique adaptée (APA) ?

Oui    Non

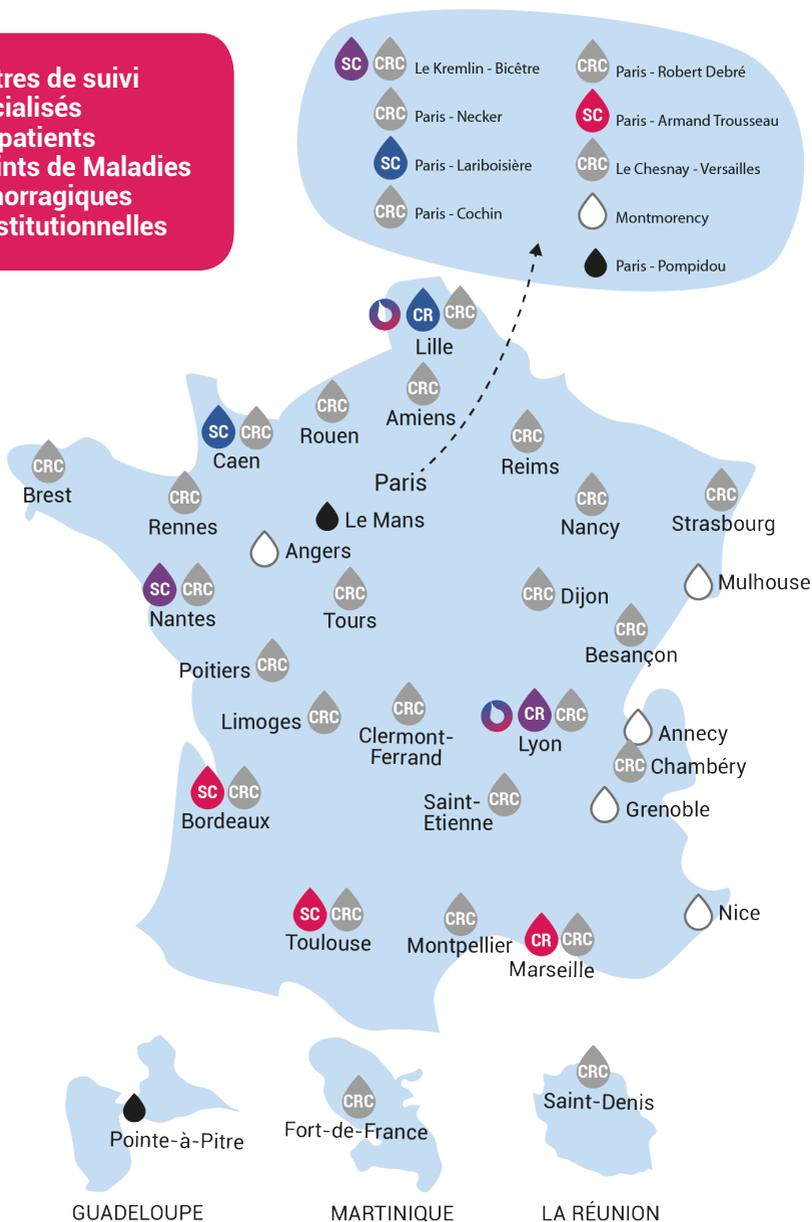
## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Complétez les séances ou ateliers auxquels vous avez assisté

Date	Lieu	Libellé de la séance ou de l'atelier	Participation d'une association
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____

Date	Lieu	Libellé de la séance ou de l'atelier	Participation d'une association
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____
	Ville : _____  <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> Hors de l'hôpital	Libellé : _____  <input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance collective	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui, laquelle : _____ _____

Centres de suivi spécialisés des patients atteints de Maladies Hémorragiques Constitutionnelles



**🔴 Hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation :**

Centre de Référence site coordonnateur  
Pr Claude Négrier, HCL- Lyon

**🔵 Maladie de Willebrand**

Centre de Référence site coordonnateur  
Pr Sophie Susen, CHRU-Lille

**🔴 Pathologies plaquettaires constitutionnelles**

Centre de Référence site coordonnateur  
Pr Marie-Christine Alessi, APHM - Marseille

**📍 Site hébergeur des activités de la filière MHEMO**

**CR** site coordonnateur du Centre de Référence

**SC** Site Constitutif du centre de référence

**🔴 CRC-MHC** Centre de Ressources et de Compétences - Maladies Hémorragiques Constitutionnelles

**🔵 CT-MHC** Centre de Traitement Maladies Hémorragiques Constitutionnelles

**🔴** Autre structure

**Vous pouvez retrouver ces informations sur le site de la filière MHEMO qui contient en plus les noms du coordonnateur, des médecins, du pharmacien, du psychologue... :**

**➔ [mhemofr.org/parcours-patients/trouver-un-centre](https://mhemofr.org/parcours-patients/trouver-un-centre)**



## OÙ TROUVER DE L'INFORMATION ET DU SOUTIEN ?



### Association française des hémophiles

#### ASSOCIATION FRANÇAISE DES HÉMOPHILES (AFH)

*C'est une association de patients qui s'est donné un rôle d'information, d'entraide et de défense des droits des personnes atteintes d'hémophilie, de maladie de Willebrand, de pathologies plaquettaires et de troubles hémorragiques constitutionnels.*

Adresse : 6, rue Alexandre-Cabanel - 75739 PARIS Cedex 15

☎ **Standard** : 01 45 67 77 67

☎ **Permanence d'accompagnement personnalisé** : 01 45 67 57 30

✉ **Courriel** : info@afh.asso.fr

🌐 **Site internet** : www.afh.asso.fr

**Vous pouvez retrouver les coordonnées des AFH régionales en suivant ce lien ou en scannant le QR code ci-contre.**

➔ [afh.asso.fr/avec-lafh/qui-sommes-nous/afh-en-region](http://afh.asso.fr/avec-lafh/qui-sommes-nous/afh-en-region)



## FILIÈRE DE SANTÉ DES MALADIES HÉMORRAGIQUES CONSTITUTIONNELLES (MHEMO)

Elle a été créée en décembre 2014 dans le cadre du 2<sup>e</sup> Plan National Maladies Rares (PNMR2) et renouvelée en 2019 lors du PNMR3. Elle a pour but de regrouper toutes les prises en charges des pathologies ayant un syndrome hémorragique de gravité variable pouvant survenir dans un contexte familial.

Elle regroupe les acteurs et les partenaires œuvrant dans le domaine des maladies hémorragiques familiales :

3 Centres de Référence Maladies Rares (CRMR) dont 3 Centres Coordonnateurs et 7 Centres Constitutifs, 30 Centres de Ressources et de Compétences Maladies Hémorragiques Constitutionnelles (CRC-MHC), 6 Centres de Traitement des Maladies Hémorragiques Constitutionnelles (CT-MHC), plusieurs consultations d'hémostase dans des hôpitaux périphériques, l'Association française des hémophiles (AFH), 17 laboratoires de biologie moléculaire constituant le réseau GENOSTASE (réseau national des laboratoires réalisant les caractéristiques génétiques des maladies constitutionnelles de la coagulation et de la fibrinolyse), 35 laboratoires d'hémostase, les pharmacies hospitalières, 13 unités de recherche, 1 base de données support des études épidémiologiques : FranceCoag, le réseau européen de référence EUROLOODNET, 7 sociétés savantes et 4 associations représentantes des professionnels de santé.

La filière MHEMO possède son propre système de gouvernance, composé de 3 comités (le Bureau, le Conseil scientifique MHEMO - FranceCoag, et le Comité de pilotage COPIL).

### Sites hébergeurs des activités de la filière MHEMO

#### Hôpital cardiologique Louis Pradel

Unité d'Hémostase Clinique  
59, boulevard Pinel - 69677 BRON Cedex

#### Institut Cœur Poumons

Unité d'Hémostase Clinique et Biologique – Pôle d'Hématologie Transfusion  
Boulevard du Pr Leclercq - 59037 LILLE CEDEX

 Site internet : [mhemmo.fr](http://mhemmo.fr)

## LES CENTRES DE RÉFÉRENCE MALADIES RARES (CRMR) DES MALADIES HÉMORRAGIQUES CONSTITUTIONNELLES

Ces 3 centres sont labellisés par le ministère de la Santé et des Solidarités dans le cadre du premier Plan National Maladies Rares, respectivement depuis 2005 pour le CRPP et 2006 pour le CRH et le CRMW. La priorité fixée par ce PNMR est d'« assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge » des personnes souffrant d'une maladie rare.

➤ **Le Centre de Référence de l'Hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation – CRH**

**Centre coordonnateur :**

Hôpital cardiologique Louis Pradel  
Unité d'Hémostase Clinique  
59, boulevard Pinel - 69677 BRON Cedex

**Centres constitutifs :**

APHP- Hôpital du Kremlin-Bicêtre et CHU de Nantes

➤ **Le Centre de référence de la maladie de Willebrand – CRMW**

**Centre coordonnateur :**

Institut Cœur Poumons  
Unité d'Hémostase Clinique et Biologique – Pôle d'Hématologie Transfusion  
Boulevard du Pr Leclercq - 59037 LILLE CEDEX

**Centres constitutifs :**

APHP- Hôpital de Lariboisière et CHU de Caen

➤ **Le Centre de Référence des Pathologies Plaquettaires constitutionnelles – CRPP**

**Centre coordonnateur :**

CHU TIMONE – Jean-Moulin  
Service du laboratoire d'hématologie  
13385 MARSEILLE Cedex 05  
🌐 *Site internet* : [maladies-plaquettes.org](http://maladies-plaquettes.org)

**Centres constitutifs :**

APHP- Hôpital Armand Trousseau ; CHU de Bordeaux et CHU de Toulouse

### THE EUROPEAN HAEMOPHILIA CONSORTIUM (EHC)

*C'est une organisation à but non lucratif qui représente 46 associations de patients vivant avec des maladies hémorragiques rares de 27 États membres européens ainsi que de la plupart des États membres du Conseil de l'Europe.*

Rue de l'Industrie/ Nijverheidsstraat 10 - 1000 Brussels, Belgium

📞 *Standard* : +32 (0)2 893 24 70

✉ *Courriel* : [office@ehc.eu](mailto:office@ehc.eu)

🌐 *Site internet* : [www.ehc.eu](http://www.ehc.eu)

## LA FÉDÉRATION MONDIALE DE L'HÉMOPHILIE (FMH OU WFH)

*C'est une organisation internationale sans but lucratif qui est un réseau mondial d'organisations de patients de 140 pays. Elle est officiellement reconnue par l'Organisation mondiale de la santé.*

1425, boul. René-Lévesque Ouest - Bureau 1200  
Montréal, Québec - H3G 1T7 Canada

☎ **Standard** : +1 (514) 875-7944

✉ **Courriel** : wfh@wfh.org

🌐 **Site internet** : [www.wfh.org/fr](http://www.wfh.org/fr)

## FRANCE ASSOS SANTÉ

*C'est le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Elle a été créée en mars 2017, à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices.*

10, villa Bosquet - 75007 Paris

☎ **Standard** : 01 53 62 40 30

🌐 **Site internet** : [www.france-assos-sante.org](http://www.france-assos-sante.org)

## ALLIANCE MALADIES RARES

*C'est une association qui rassemble aujourd'hui plus de 200 associations de malades. Elle représente près de 2 millions de malades et environ 2 000 maladies rares. Elle accueille aussi en son sein des malades et familles isolés, « orphelins » d'associations.*

96, rue Didot - 75014 Paris

☎ **Standard** : 01 56 53 53 40

🌐 **Site internet** : [www.alliance-maladies-rares.org](http://www.alliance-maladies-rares.org)

## ORPHANET

*C'est une ressource unique, rassemblant et améliorant la connaissance sur les maladies rares, afin de faciliter et perfectionner le diagnostic, le soin et le traitement des patients atteints de maladies rares.*

🌐 **Site internet** : [www.orpha.net](http://www.orpha.net)

## EURORDIS

*C'est une alliance non gouvernementale d'associations de malades, pilotée par les patients eux-mêmes. Elle fédère 862 associations de patients atteints de maladies rares dans 70 pays.*

Plateforme Maladies Rares - 96, rue Didot - 75014 Paris

☎ **Standard** : 01 56 53 52 10

✉ **Courriel** : [eurordis@eurordis.org](mailto:eurordis@eurordis.org)









**Si vous avez des remarques à faire sur ce carnet,  
adressez-les à [ghe.mhemo@chu-lyon.fr](mailto:ghe.mhemo@chu-lyon.fr)**

L'AFH et la filière MHEMO remercient chaleureusement toutes les personnes qui ont consacré du temps à la conception/rédaction du nouveau carnet de suivi et qui ont exprimé leur avis sur ce carnet. Ces personnes sont aussi bien des médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, que des patients et parents de patients.

# MHEMO

La Filière des maladies hémorragiques constitutionnelles

 [mhemofr.org](http://mhemofr.org)



Association française  
des hémophiles

 [www.afh.asso.fr](http://www.afh.asso.fr)



**Rejoignez-nous**

6, rue Alexandre Cabanel  
75739 PARIS cedex 15

 01 45 67 77 67  
 [info@afh.asso.fr](mailto:info@afh.asso.fr)