



Coller étiquette patient ICI

Injection Sous-cutanée ou Intramusculaire

Nom du médicament : _____

Posologie et fréquence : _____

Date	Heure					
Voie d'administration						
Site						
Poids						
Pouls						
E.I.*						
Technique en Z *						
Aviser attente 15 min pharmacie *						
Date prévue:						
Commentaires:						
Signature						

* Cochez si fait

Je soussigné, _____, comprend et accepte les soins prodigués.

Légende

AD : abdomen droit AG : abdomen gauche BD : bras droit BG : bras gauche CD : cuisse droite CG : cuisse gauche

DD : deltoïde droit DG : deltoïde gauche QSED : quadrant supérieur externe droit QSEG : quadrant supérieur externe gauche