

# Journal de bord des traitements Mon Hizentra<sup>®</sup>

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Nom de la banque de sang ou pharmacie : \_\_\_\_\_

N° de téléphone de la banque de sang ou pharmacie : \_\_\_\_\_

Date de perfusion (aaaa/mm/jj)	Durée de la perfusion (h = heures, m = minutes)	Points d'injection (voir légende)	Volume/ point d'injection (mL)	Volume total de la perfusion (mL)	Numéro(s) de lot associé(s) à la perfusion	Effets secondaires*	Médicaments pris durant la perfusion

### LÉGENDE DES POINTS D'INJECTION :

- D** Côté droit
- G** Côté gauche
- S** Partie supérieure
- I** Partie inférieure
- A** Abdomen
- H** Hanche
- J** Jambe/cuisse

### Rapport sur les déchets d'Hizentra<sup>®</sup>

Inscrire les flacons et seringues pré-remplies gaspillés (brisés, contaminés) ou périmés dans le tableau ci-dessous. Suivez les instructions de votre professionnel de la santé, banque de sang ou pharmacie en ce qui concerne l'élimination des déchets. Si vous remarquez un défaut de fabrication du flacon ou de la seringue pré-remplie (sceau abimé, dépôt ou solution trouble), inscrivez-en le numéro ci-dessous et retournez-les à la banque de sang.

Date (aaaa/mm/jj)	N° de lot	Nombre de flacons ou de seringues pré-remplies	Raison de l'élimination