



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR  
LES GROUPES SANGUINS ET RAI

**ENR 5.4/11/27**  
**VERSION-5**

Numéro de pièce d'identité : .....

F     M

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Grossesse :     OUI                     NON

DATE de l'injection de RHOPHYLAC ®                    ..... /..... /.....

Signature patient ou représentant légal



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR  
LES GROUPES SANGUINS ET RAI

**ENR 5.4/11/27**  
**VERSION-5**

Numéro de pièce d'identité : .....

F     M

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Grossesse :     OUI                     NON

DATE de l'injection de RHOPHYLAC ®                    ..... /..... /.....

Signature patient ou représentant légal

LA VERSION ELECTRONIQUE FAIT FOI