FICHE DE LIAISON pour les INJECTIONS de NEORECORMON ® avec UTILISATION du STYLO RECO-PEN ®

Nom du patient :

Structure de soin : **Tel :**

Date	Dose à injecter (en UI) (Cf. prescription médicale)	Nombre de déclics à injecter (Cf. prescription médicale)	Nombre de déclics restant après injection	Date du changement de cartouche. (durée de validité = 1 mois après cette date)	Observations	Nom de l'IDE et signature