

ANNEXE 2 :

PROCURATION POUR IMMUNOGLOBULINES SOUS-CUTANÉES À DOMICILE

Le mandataire doit se présenter avec la carte d'hôpital de l'utilisateur et ce mandat signé

IDENTIFICATION DE L'USAGER
NOM :
PRÉNOM :
DOSSIER CIUSSS DE L'ESTRIE
NUMÉRO ASSURANCE MALADIE :

Je, soussigné (e)..... (Nom et prénom)
Domicilié (e) à(Adresse)
Autorise à Monsieur (Madame)..... (Nom et prénom)
Domicilié (e) à(Adresse)
À se procurer le produit «Immunoglobulines sous-cutanées» auprès de la Banque de sang du CIUSSS de l'Estrie.

Signature de l'utilisateur :
Signature du mandataire :
Date :