

MON CALENDRIER D'INJECTION

**Strensiq®**
(asfotase alfa)
40 mg/ml et 100 mg/ml
solution injectable

Selon la recommandation de votre médecin

1 mg / kg d'asfotase alfa 6 fois par semaine

2 mg / kg d'asfotase alfa 3 fois par semaine

Date de début des injections ___ / ___ / ___

Ce document s'inscrit dans le cadre du Plan de Gestion des Risques de Strensiq®.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Diffusé sous l'autorité de l'ANSM - Juillet 2021

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION		
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dose injectée	_____ mg	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION		
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dose injectée	_____ mg	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION		
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dose injectée	_____ mg	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION		
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dose injectée	_____ mg	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	____ / ____ / ____	
Heure	_____	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml
N° de lot	_____	

ZONE D'INJECTION		
bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Date	___ / ___ / ___	ZONE D'INJECTION			
Heure	_____	bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dose injectée	_____ mg	_____ ml	abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N° de lot	_____	fesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		cuisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

