



HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC



Vérification du lait maternel

Breast Milk Verification

Page 1 de/of 2

Date de prescription:

Prescription date: _____
(AAYY/MM/JD)

Diète

Diet: _____

Recette

Recipe: _____

Date AAYY/MM/JD	Heure Time 00 :00	Processus d'enrichissement Enrichment Process				Transfert en seringue ou bouteille Transfer in Syringe or Bottle				Administration chevet Bedside Administration				
		Cocher Check Mark		Quantité Quantity Quantité Préparé (mL) Quantity Prepared (mL)	Initiales Initials		Cocher Check Mark		Initiales Initials		Cocher Check Mark		Initiales Initials	
		Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date		Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2	Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date	Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2	Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date	Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2

Date AAYY/MM/JD	Heure Time 00 :00	Processus d'enrichissement Enrichment Process					Transfert en seringue ou bouteille Transfer in Syringe or Bottle				Administration chevet Bedside Administration			
		Cocher Check Mark		Quantité Quantity	Initiales Initials		Cocher Check Mark		Initiales Initials		Cocher Check Mark		Initiales Initials	
		Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date	Quantité Préparé (mL) Quantity Prepared (mL)	Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2	Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date	Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2	Nom et N° de dossier Name and Unit N°	Date d'expiration Expiration Date	Initiales 1 Initials 1	Initiales 2 Initials 2

Signature	Initiales Initials	Signature	Initiales Initials	Signature	Initiales Initials

Signature du parent ou du tuteur: _____
Parent or Guardian's Signature

Initiales: _____
Initials