

IDENTIFICATION DE LA MÈRE PARTICIPANTE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa): _____

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa): _____

Autorisation verbale de la mère pour communiquer avec son médecin _____ (nom)
obtenue : (le) _____ à (heure) _____ par (nom) _____

AUTORISATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Afin d'assurer la sécurité de la mère et de son nouveau-né, Héma-Québec vous demande, au meilleur de votre connaissance, d'attester que la mère ci-haut mentionnée est en bonne santé et peut donner de son lait pour la Banque publique de lait maternel d'Héma-Québec, sans nuire à la santé de son enfant.

Je n'ai pas d'objection à ce que la mère ci-haut mentionnée donne de son lait à la Banque publique de lait maternel d'Héma-Québec.

Approbation écrite par le professionnel de la santé

Approbation verbale du médecin

Nom du professionnel (en lettres moulées)

Nom du médecin

Signature du professionnel

Contacté par

Date (jj/mm/aaaa)

Date (jj/mm/aaaa)