



Demande de prestations soins à domicile

Document à transmettre par mail sur pediadam@hin.ch ou par fax au 058 590 40 01

Patient :

Nom: Né le :
Adresse: **Poids :**
..... Tel :

Médecin prescripteur : Tel :

Diagnostic :

Prestations à fournir :

Prise de sang : FSC CRP Na, K urée, créat. ASAT, ALAT, bili T/C Fer crase glucose

Réticulocytes Ferritine Autre:

Capillaire Veineux Date du prélèvement :

Pansement (remplir demande de prestation pour pansement)

Pose de voie veineuse périphérique

Médicament :

Voie d'administration : Intraveineux Intramusculaire Sous-cutané

Dosage quotidien : **mg/kg/JOUR** Divisé en **doses par jour**

Dose unitaire : **mg/dose** Dernière dose dans votre service reçue le : àH.....

Fin du traitement le : àH.....

MEOPA :

Autre :

Equipements/dispositifs en place : VVP SNG Autre :

Prochain contrôle prévu :

- Dans votre service** le àH....
- Chez le pédiatre de ville** le

Date : **Signature et timbre :**