

Demande de soins infirmiers pédiatriques

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Téléphone des parents : _____

Motif de la demande : _____	Code CIM-10 : _____
_____	_____
_____	_____

Traitements demandés :

- Prise de sang (demande de laboratoire annexée)
- Perfusion : _____
- Changement de pansement
- Ablation de fils /agrafes
- Sondage vésical
- ECG
- Injection (vaccin, IM, SC) : _____
- Autres : _____

Informations médicales significatives :

Protocole de soin / fréquence :

Nom et prénom du médecin prescripteur : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Date : _____

Tampon et signature : _____