

Demande de soins infirmiers pédiatriques

Nom et prénom de l'enfant :**Date de naissance :****Téléphone des parents :****Motif de la demande :****Code CIM-10 :****Traitement demandé :**

- ☐ 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 :**

Merci de transmettre votre demande à usap@vidymed.ch