



Demande de prestations Pédiatrie

PATIENT :

Nom / Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
Téléphone / natel _____

Prestations ambulatoires : cases à cocher (choix multiples)

OEA (en poli ped)
ECG
Prise de sang
Prise de sang sous Meopa
Test à la sueur
Ph-métrie
IRM sous sédation
Remicade / Inflectra
Venofer
Autres ttt :

Ablation de fils / agrafes
Suivi plaie
Pansement :

Autre :

Demande d'un 2^{ème} avis non urgent

Hospitalisation:

Hospitalisation somatique
Hospitalisation psychiatrique
Hospitalisation sociale
Autre :

**Demande d'un 2^e avis ou prise en charge en urgence
téléphoner au médecin cadre de garde au 058 717 88 04**

MEDECIN DEMANDEUR :

Nom / Prénom _____
Adresse _____
Téléphone Fax _____
Pédiatre si différent : _____

MOTIF DE LA DEMANDE :

**Merci de nous faxer ou mailer en complément:
(fichiers joints) au
032.713.58.26 ou secretariatpediatrie@rhne.ch**

Lettre d'accompagnement

Examens de laboratoire relatifs à la demande

Points principaux du suivi de l'enfant, notamment
courbe de croissance

Traitements déjà effectués en relation et traitement de
base

**Pour tout suivi de demande, merci de nous contacter
au 032/713 34 64.**

Maladies connues :

Non
Oui, lesquelles:

L'état de santé actuel de l'enfant :

BEG
Autre :

Demande de prestations Pédiatrie

Consultation spécialisée:

Diabétologie Endocrinologie Cardiologie Hématologie Neuropédiatrie	Chirurgie pédiatrique Immunologie Gastro entérologie Néphrologie Allergologie	Oncologie / hématologie Orthopédie pédiatrique spécialisée Dr De Coulon (HUG) Orthopédie- traumatologie RHNe Génétique médicale
--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Remarques:

Délai :

dans les 48 heures

dans la semaine

dans le mois

autre :

A remplir par le RHNe

MURF :	Commentaires :	Date et signature :
IOA :	Date et heure : A jeun Autre :	Signature :
AM :	Convocation au patient avec copie au demandeur envoyée le :	Signature :