

## 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 (précisez contexte clinique)  
\_\_\_\_\_

Prise de sang\*

Prise de sang sous Meopa \*

Test à la sueur

Ph-métrie

IRM sous sédation

Remicade / Inflectra\* (précisez le dosage)  
\_\_\_\_\_

Venofer\*

Autres TTT \*:

Ablation de fils / agrafes

Suivi plaie

Pansement : \_\_\_\_\_

Autre :

Demande d'un 2ème avis non urgent :

\*prescription anticipée nécessaire

## Hospitalisation:

Hospitalisation somatique

Hospitalisation psychiatrique

Hospitalisation sociale

Autre :

**Demande d'un 2e 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 :

## Motif et mode de sédation choisi :

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

Lettre d'accompagnement

Examens de laboratoire relatifs à la demande

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

Dernier poids et taille

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

<b>MURF :</b>  Fait office de prescription Prescription anticipée nécessaire pour (*)		Date et signature :
<b>IRF :</b>	Date et heure :  A jeun Autre :	Signature :
<b>Secrétariat:</b>  Planification de la prestation dans le RAP	Convocation au patient avec copie au demandeur envoyée le :	Signature :
<b>MURF :</b>  Prescription anticipée faite		Signature :