

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 :

bon de laboratoire joint à 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**

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 Pneumologie | Chirurgie pédiatrique Immunologie Gastro entérologie Néphrologie Allergologie | Oncologie / hématologie Orthopédie- traumatologie RHNe Génétique médicale Orthopédie pédiatrique spécialisée Dr De Coulon (HUG) |
|---|---|---|

Remarques:

Délai :

dans les 48 heures

dans la semaine

dans le mois

autre :

A remplir par le RHNe

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

| | | |
|--|--|-------------|
| Annulation le : Re programmation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| IRF : | Date et heure : A jeun Autre : | Signature : |
| Secrétariat: Re-planification de la prestation dans le RAP | Convocation au patient avec copie au demandeur envoyée le : | Signature : |