



**Demande de prestations  
-Suivi nouveau-né-**

Document à transmettre par mail sur [pediadam@hin.ch](mailto:pediadam@hin.ch) ou par fax au 058 590 40 01

**Patient :**

Nom et Prénom .....

Né le : .....

Adresse : .....

Poids : .....

.....

Tel: .....

**Médecin prescripteur :** .....Tel : .....

**Diagnostic :** .....

**Né à** ..... SA

**Poids de naissance :** .....

**Fréquence de passage :** .....

**Date de début des prestations :** .....

**Prochain contrôle prévu chez le pédiatre le :** .....

**Soins à réaliser :**  Contrôle de santé (paramètres vitaux)

Contrôle de poids

Instruction/Conseils au sujet des soins

Suivi alimentaire

**Autre :** .....

.....

**Date :** ..... **Signature et timbre :** .....