



## Demande de prestations soins à domicile

Document à transmettre par mail sur [pediadam@hin.ch](mailto:pediadam@hin.ch)

**Patient :**

Nom: ..... Né le : .....  
Adresse: ..... **Poids :** .....  
..... Tel : .....

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

**Diagnostic :** .....

**Prestations à fournir :**

**Prise de sang :** FSC CRP Na, K urée, créat. ASAT, ALAT, bili T/C Fer crase glucose

Réticulocytes Ferritine Autre: .....

Capillaire Veineux Date du prélèvement : .....

**Pansement** (remplir demande de prestation pour pansement)

**Pose de voie veineuse périphérique**

**Médicament :** .....

Voie d'administration :  Intraveineux  Intramusculaire  Sous-cutané

Dosage quotidien : ..... **mg/kg/JOUR** Divisé en ..... **doses par jour**

Dose unitaire : ..... **mg/dose** Dernière dose dans votre service reçue le : ..... à .....H.....

**Fin du traitement** le : ..... à .....H.....

**MEOPA :** .....

**Autre :** .....

**Equipements/dispositifs en place :**  VVP SNG Autre : .....

**Prochain contrôle prévu :**

**Dans votre service le ..... à ....H....**

**Chez le pédiatre de ville le .....**

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