



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

Document à transmettre par mail sur pediadam@hin.ch ou par fax au 058 590 40 01

Patient :

Nom et Prénom

Né le :

Adresse :

Poids :

.....

Tel:

Médecin prescripteur :Tel :

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 :**