



VIVITAS
Offrir l'excellence dans les soins à domicile

**Demande de prestations aide et soins à domicile
-Pôle pédiatrie-**

Document à transmettre par mail sur info.ped@vivitashomecare.com ou par fax au 058 590 40 01

Patient :

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

Médecin prescripteur : Tel :

Diagnostic :

Prestations à fournir :

Prise de sang : FSC CRP Na,K urée,créatinine asat,alat,biliT/D Fer crase glucose
autre :

Pansement type : localisation :

Pose de voie veineuse périphérique

Médicament : Nom :

Dosage et posologie :mg/kg/dose Dose :mg
.....fois par jour Durée :jours

Dernière dose reçue le : à

Voie d'administration : Intra-veineux Intra-musculaire Sous-cutané

MEOPA :

Autre :

Equipements/dispositifs en place : VVP SNG Autre :

Date : **Signature et timbre :**