



Transmissions suite à une consultation médicale, dentaire, thérapeutique, soignante pour l'enfant en situation de handicap

A remplir avant la consultation

Autorisation

L'enfant est accompagné par :

Le responsable légal Une autre personne Nom : Prénom :

Le responsable légal autorise le professionnel du CHUV à transmettre ce document à l'établissement de l'enfant: Oui Non Signature : _____

Nom de la structure :

E-mail du service médico-infirmier de la structure (voir liste Data 3_ped_Handicap-Enfant):

Concerne

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Pour l'accompagnant: merci d'apporter la liste du traitement médicamenteux

Pour le soignant: voir la fiche d'admission pour un enfant en situation de handicap (Soarian)

A remplir au CHUV

Service/Unité :

Date de la visite :

1. Motifs de la consultation :

2. Attitudes et décisions :

3. Examens effectués :

4. Traitement médicamenteux: notez si changement de posologie, introduction d'un nouveau traitement ou arrêt d'un traitement :

5. Protocole d'urgence (allergie, épilepsie, autres): Oui Non



6. Explication du soin, acte, geste :

7. Prochain rendez-vous :

Commentaires :

Nom et prénom du professionnel :

Timbre et signature du professionnel :

Une copie de ce document est à conserver dans le dossier médical de l'enfant au CHUV et de la structure.

Copie remise à l'accompagnant de l'enfant : Oui Non

Copie au service médico-infirmier de la structure par Faxmed : Oui Non