



## Fiche de traitement<sup>1</sup>

À REMPLIR PAR LE PÉDIATRE  
 À REMETTRE À LA RESPONSABLE DE L'INSTITUTION

Nom et date de naissance de l'enfant : .....

Nom de l'école / de l'institution de la petite enfance : .....

Problème de santé : .....

Médicaments prescrits (indications, noms, posologies et heures)

1. ....

2. ....

3. ....

Remarques : .....

.....

Date de fin de traitement (si nécessaire) : .....

Date, nom du pédiatre et signature : .....

EN CAS DE TRAITEMENT POUR UNE MALADIE CHRONIQUE (ASTHME, ÉPILEPSIE,...),  
 VEUILLEZ AVERTIR L'INFIRMIÈRE DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ENFANCE ET DE LA  
 JEUNESSE DE L'INSTITUTION S.V.P.

**L'infirmière de votre institution ou la permanence du SSEJ (tél. 022 546 41 00) sont à  
 votre disposition pour tout conseil ou renseignement complémentaire.**

<sup>1</sup> Avec la collaboration de l'Hôpital des Enfants des HUG  
 et de la société genevoise de Pédiatrie.



SSEJ/NPD/RDA/CAW/  
 D324/0118