



Fiche de traitement¹
 (remplie par le médecin et transmise par le parent à la structure d'accueil de la petite enfance SAPE)

Nom et date de naissance de l'enfant :

Nom de la structure d'accueil 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.**

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



D324/0118