



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

(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 LA STRUCTURE D'ACCUEIL 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.