

Protocole de sortie et de transfert

| | | |
|---------|--------------------------|---------------------------------|
| Hôpital | Service / Unité de soins | Téléphone pour prise de contact |
|---------|--------------------------|---------------------------------|

Données concernant l'enfant

| | | |
|---------------|-------------------|---|
| Nom et prénom | Date de naissance | Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m |
|---------------|-------------------|---|

Données concernant les parents

| Mère | Père |
|----------------------|----------------------|
| Nom et prénom | Nom et prénom |
| Langue d'usage | Langue d'usage |
| Rue / No | Rue / No |
| NPA / Localité | NPA / Localité |
| Téléphone / Portable | Téléphone / Portable |

Sortie

Suivi par une sage-femme

Oui Non – Prise de contact par le Centre de puériculture

Sage-femme

| | |
|---------------|----------------------|
| Nom et prénom | Téléphone / Portable |
|---------------|----------------------|

Déclaration de consentement

Les parents consentent à ce que le Centre de puériculture du canton de Berne prenne connaissance des données figurant sur ce formulaire.

| | |
|------|--|
| Date | Signature du/des détenteur(s) de l'autorité parentale ¹ |
|------|--|

Fournir les autres informations (page 2) uniquement si nécessaire.

¹ En cas de signature d'un seul détenteur de l'autorité parentale, nous admettons également l'accord du second détenteur de l'autorité parentale.

Informations complémentaires

Ne remplir que si nécessaire.

Diagnostic / Problèmes actuels

Médication actuelle

Alimentation de l'enfant

entièrement allaité partiellement allaité sevré moyens auxiliaires

Remarques/Particularités
