



PROTOCOLES DE SOINS ANTI PYRETIQUE

Accord du médecin : Docteur

Pour l'enfant :

Nom et Prénom :

Né(e) le

PROTOCOLE ANTI PYRETIQUE :

En cas de fièvre supérieure ou égale à :

Donner :

Nom du médicament :

Posologie :

Consignes à suivre :

.....
.....
.....

Date, signature et cachet du praticien :