



A Compléter par le Médecin traitant

PROTOCOLE ANTIPYRETIQUE

Nom de l'enfant :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Poids :

En cas de fièvre supérieure ou égale à :

Donner : Posologie :

A renouveler toutes les heures en cas de persistance de la fièvre.

Fait à Le :

Nom du praticien et Cachet :