

PERSONNE À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| Mme/M.                    | Tél |
| Mme/M.                    | Tél |
| Médecin traitant          | Tél |
| Spécialiste traitant      | Tél |
| Suivi(e) par le centre de | Tél |

CENTRE DE SUIVI

orphanet



Photo

**CARTE D'URGENCE**  
**Emergency card**

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....



*Doit bénéficier des soins appropriés  
décrits dans cette carte*

Présentation clinique relevant de l'urgence  
potentiellement liée à la pathologie :

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

Lien internet d'information :  
« fiche urgence orphanet »

.....  
.....

Gestes indiqués :

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

Gestes contre indiqués :

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