



Carte de soins et d'urgence

Emergency and Healthcare Card

Déficits immunitaires primitifs

Primary Immunodeficiency

Groupe de pathologies génétiques, caractérisées par une atteinte qualitative ou quantitative du système immunitaire, entraînant une susceptibilité accrue aux infections.

Group of different inherited diseases characterised by a quantitative and/or functional defect of the immune system, leading to an increased susceptibility to infections.

Nom de la maladie: <i>(Cadre à remplir par le médecin)</i>	Name of the disease:
.....

Risque de cytopénies et d'infections invasives.

Cette carte est remplie et mise à jour par le médecin, en présence et avec l'accord du malade qui en est le propriétaire.
Ce document est confidentiel et soumis au secret médical.
Nul ne peut en exiger la communication sans autorisation du titulaire ou de son représentant légal.

Titulaire de la carte

(Cardholder)



Nom
Prénoms
Né(e) le
Adresse
Téléphone Date

Signature du titulaire ou de son représentant légal

Informations médicales personnelles

(Personal medical information)

(Cocher les cases correspondantes)

1. Sur la maladie

- Splénectomie, préciser la date de l'intervention :
- Dilatations des bronches : préciser (siège de la dilatation, état de la fonction respiratoire) : traitements en cours... :

- Substitution en immunoglobulines : IV SC
Type de produit utilisé :

- Prophylaxie anti-infectieuse :
 - Cotrimoxazole
 - Oracliline
 - Antibiotiques alternés, préciser :

- Autres (Antifongiques) :

Autres informations

- Vaccination anti-Pneumocoque - dates :
.....

- 2. Mentions particulières :**
Contre-indication aux vaccins vivants atténués, dont le BCG :
 oui non

Autres mentions utiles en cas d'urgence (allergies, autres pathologies...):

Nom, fonctions, cachet, date et signature du médecin remplissant la carte :
(Name, affiliation, stamp, date and signature of the physician filling in this card)

En cas d'urgence contacter les médecins responsables de la prise en charge du malade

(Physicians in charge of treatment of the cardholder)



1. Médecin du centre spécialisé

Nom :
Nom du service :
Adresse :
Téléphone de la permanence téléphonique d'urgence du centre :

2. Service d'urgence de proximité

Nom du service :
Adresse :
Téléphone :

3. Centre hospitalier assurant le suivi

Nom du service :
Nom du médecin :
Adresse :
Téléphone :

4. Médecin traitant (pédiatre, généraliste)

Nom :
Profession :
Adresse :
Téléphone :

5. Autre professionnel de santé (kinésithérapeute, infirmier, service de soins à domicile...)

Nom :
Profession :
Adresse :
Téléphone :

En cas d'urgence contacter le(s) personne(s) de l'entourage

(People to contact in case)

1. Nom
Prénom Téléphone
Adresse

2. Nom
Prénom Téléphone
Adresse

3. Nom
Prénom Téléphone
Adresse