

Carte d'Urgence Médicale

Imprimez et remplissez ce formulaire. Conservez-le dans votre portefeuille en permanence. Il est préférable de le placer avec votre carte d'assurance maladie.

Je suis atteint(e) d'Amyotrophie Spino-Bulbaire (également appelée **maladie de Kennedy**).
Pour plus d'informations, y compris sur les complications chirurgicales potentielles, consultez le site : www.maladiedekennedy.org.

Nom : _____

Adresse : _____

Contacts d'urgence :

Nom : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Personne de confiance :

Nom : _____

Téléphone : _____

Relation : _____

Médicaments pris, dosage et fréquence :

Informations médicales complémentaires et antécédents médicaux :

Allergies connues (médicaments, aliments, autres) :

Précautions médicales spécifiques (ex. : anesthésie, température, hydratation) :

www.maladiedekennedy.org

Email : maladiedekennedy@gmail.com