

Carte de patient

Nom:

Adresse:

.....
.....

N° de tél.:

Date de naissance:

Contact en cas d'urgence n° 1:

N° de tél.:

Contact en cas d'urgence n° 2:

N° de tél.:

Cette personne est **ALLERGIQUE À L'ARACHIDE** et reçoit **PALFORZIA®** (poudre dégraissée d'*Arachis hypogaea* L., [arachides]) pour traiter l'allergie à l'arachide. Les effets secondaires (entre autres **ANAPHYLAXIE***) de cette immunothérapie peuvent être légers à graves. Ils peuvent nécessiter un traitement d'urgence par **ADRÉNALINE**, que cette personne doit toujours avoir sur elle.

Si vous pensez que cette personne souffre d'**ANAPHYLAXIE***, administrez-lui une dose d'**ADRÉNALINE** en suivant les instructions figurant sur le stylo d'adrénaline, et appelez **immédiatement** les **URGENCES** au 112 ou au 144.

*Les symptômes peuvent être: mal de ventre, prurit, urticaire, éruption cutanée, nausée, vomissements, sensation de gorge serrée, dyspnée, respiration sifflante, toux, vertiges, syncope et pouls faible.

Informations médicales sur le patient

Allergies:

.....

Autres maladies:

.....

Autres médicaments:

.....

Médecin: **N° de tél.:**

Ayez toujours cette carte avec vous et veillez à ce que les informations qui y figurent soient toujours actuelles. Présentez cette carte à un médecin lorsque vous avez besoin d'un traitement.