

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

Mme/M. Tél

Médecin traitant Tél

Spécialiste traitant Tél



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

**En cas d'urgence, appeler le centre de suivi de**  
**Tél :**

**En raison d'une maladie de Fabry**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance.....



Informations spécifiques à la pathologie	Informations spécifiques à la pathologie
Nom de la maladie :	Régime diététique spécifique : oui / non
Signes évocateurs de décompensation : - - -	Traitements :
Prise en charge spécifique en situation de stress (anesthésie, fièvre, jeun, vomissements...) : oui / non	Médicaments contre-indiqués :
	Informations particulières :