

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 Wilson

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 :

-  
-  
-

Médicaments contre-indiqués :

Prise en charge spécifique en situation de stress  
(anesthésie, fièvre, jeun, vomissements...) : oui / non

Informations particulières :