


Nom : _____ Date de naissance : _____

Tél. : _____ No d'assurance maladie : _____

Remplissez ce formulaire avec votre professionnel de la santé.



CONTACT EN CAS D'URGENCE :

Nom : _____ Lien : _____

Tél. principal : _____ Tél. secondaire : _____



INFO DU MÉDECIN :

Nom : _____ Tél. : _____

Courriel : _____ Téléc. : _____

MANIFESTATIONS CLINIQUES TYPIQUES DES CRISES D'AOH :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Œdème laryngé ou des voies respiratoires | <input type="checkbox"/> Douleur abdominale (nausées, vomissements, diarrhée) |
| <input type="checkbox"/> Œdème du visage/cou | <input type="checkbox"/> Œdème périphérique (mollets, pieds, bras, mains) |

TRAITEMENT DES CRISES AIGUËS :

Si l'une des conditions ci-dessus, et/ou :

➔

Faites ceci :

Rappel : Si vous subissez une crise d'angioœdème impliquant les voies respiratoires supérieures, vous devez être évalué au service des urgences.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE À LONG TERME (LTP) : _____

- Le patient a été formé pour l'autoadministration des traitements aigus et LTP.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES :

- Le patient a des antécédents d'œdème laryngé nécessitant une hospitalisation/intubation.

Les déclencheurs connus du patient incluent : _____

Information supplémentaire : _____

PLAN PRÉPARÉ PAR :

Nom et titre du professionnel de la santé : _____

Signature du professionnel de la santé : _____ Date : _____

