

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 : \_\_\_\_\_



Takeda Canada Inc.  
[www.takeda.com/fr-ca](http://www.takeda.com/fr-ca)

TAKEDA et  sont des marques de commerce déposées de Takeda Pharmaceutical Company Limited, utilisées sous licence.  
© 2024 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Tous droits réservés.

NPRMCDA/CA/1518