

PHARMACIE

Nom : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

LISTE DE MÉDICAMENTS

À jour en date du : _____

Médicament : _____

Dose : _____

Moment de la journée : _____

Médicament : _____

Dose : _____

Moment de la journée : _____

Médicament : _____

Dose : _____

Moment de la journée : _____

Médicament : _____

Dose : _____

Moment de la journée : _____

Médicament : _____

Dose : _____

Moment de la journée : _____

VIMIZIM

(traitement du Syndrome de Morquio de type IV A)
(perfusion hebdomadaire)

Le Vimizim est un traitement hebdomadaire donné par perfusion et sous surveillance médicale.

Traitement par le Vimizim : Oui Non

À la maison En milieu hospitalier

Cathéter à chambre implantable (Port-a-cath) : Oui Non

MÉDECIN GÉNÉTCIEN TRAITANT

Nom : _____

Téléphone : _____

Urgence médicale

Carnet de santé

Premiers
répondants



Je suis atteint(e) du Syndrome de Morquio de type IV A (mucopolysaccharidose MPS IVA)

Les personnes atteintes du syndrome de Morquio de type IV A présentent un risque élevé de lésion de la moelle cervicale pouvant entraîner une paralysie, des complications anesthésiques graves et des urgences cardiopulmonaires lors de toutes les interventions chirurgicales.

Veuillez prendre en considération les éléments suivants, selon la situation qui se présente à vous :

- Stabiliser immédiatement le cou pour éviter les blessures de la moelle cervicale.
- L'intubation peut s'avérer difficile. En cas d'échec de l'intubation, un professionnel dûment qualifié doit être prêt à pratiquer une trachéostomie d'urgence.
- Maintenir une surveillance cardiaque continue.

POUR EN CONNAÎTRE D'AVANTAGE, CONSULTER :

- Le site Web «Emergency Alert» mpser.com, version anglaise.
- Le dépliant «Alerte médicale» joint à cette pochette, version française.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

No de la carte RAMQ : _____

LIEU DE TRANSFERT PRIORITAIRE

(selon la raison de l'urgence)

Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Raison : _____

Ou

Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Raison : _____

INFORMATION MÉDICALE

ATTENTION je suis une personne de petite taille, donc **soyez prudent** sur les doses de médicaments en comprimés ou en intraveineuses.

POIDS : Kilos : _____ Livres : _____

TAILLE : Mètre : _____ Pieds : _____

Date de naissance (Année-Mois-Jour) : _____

Groupe sanguin : _____

AUTRES PATHOLOGIES

Cœur, AVC, hémophilie, diabète, dialyse, cancer, etc.

Allergies ou intolérances (alimentaire, médicament, etc.)

Auto-injecteur d'adrénaline (EpiPen) : Oui Non

CONTACT(S) EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Téléphone : _____

Lien avec moi : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Lien avec moi : _____

Apporter avec moi (chaussures et bottes orthopédiques, fauteuil roulant, canne, déambulateur, etc.) :

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ À CONSULTER

MÉDECIN GÉNÉTICIEN TRAITANT

Nom : _____

Téléphone : _____

Spécialité : _____

MÉDECINS

Nom : _____

Téléphone : _____

Spécialité : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Spécialité : _____

NOTES
