



## SIGNALEMENT DE PATIENT PORTEUR d'ANGIOEDEME HEREDITAIRE

<b>SAMU concerné</b>	08□	10□	51□	52□	54□	55□	57□	88□
<b>Renseignements sur le patient :</b>								
Nom : ..... Prénom : .....								
Date de naissance :								
Adresse domicile :								
Bâtiment : ..... Entrée : .....								
Code postal : ..... Commune :								
<b>Numéros de téléphone de l'appelant :</b>								
Domicile (fixe ou portable au choix) :								
Nb : si nécessaire, créer plusieurs fiches 'malade répertorié' dans Appligos, une par numéro de téléphone.								

**En cas de crise laryngée débutante** (= dysphagie, voix faible ou inaudible sans gêne respiratoire) **ou installée** (= dyspnée laryngée avec gêne respiratoire):

- Hospitaliser immédiatement en unité de réanimation (appel 15 ou 112) et prendre contact avec le médecin assurant la prise en charge spécialisée (département d'Anesthésie – Réanimation chirurgicale – Pr MERTES 03 83 85 16 84)
- Ne pas utiliser les corticoïdes et les anti-histaminiques qui sont inefficaces dans cette situation.
- Assurer la liberté des voies aériennes avec ventilation assistée et oxygénothérapie, si besoin.
- Mettre en place, si possible, une voie d'abord.
- Debuter le traitement substitutif immédiatement par injection de concentré de C1Inh IV (Bérinert<sup>R</sup>)
  - Délai d'action du produit : 30 minutes.
  - Mode d'administration : en IV sur 5 minutes dans la tubulure.
  - Posologie si poids > 20 kg : 1 000 unités,
  - Posologie si poids < 20 kg : 500 unités, quelque soit le poids.
  - A renouveler 1h après si effet insuffisant.

**Allergologue référent :**

Docteur : .....

Commune : .....

Tél. :

Déclaration transmise le : ---- / ---- / ----



## Consentement éclairé pour angio-œdème héréditaire au SAMU

Je suis atteint(e) d'un angio-œdème héréditaire. Il m'a été expliqué que cette maladie peut compliquer les traitements qui me seraient nécessaires en cas d'urgence médico-chirurgicale et qu'elle doit être connue des services ayant en charge les urgences (SAMU).

Le réseau Allergolor, par l'intermédiaire de mon médecin allergologue, m'a proposé que soit créée une fiche d'alerte me concernant au niveau du centre 15 de mon département de résidence. Cette fiche mentionnera :

- les différents numéros de téléphone à partir desquels le SAMU pourrait être appelé à mon sujet (au maximum 2 numéros de mon choix propre)
- ma date de naissance, mon adresse, la nature de ma maladie
- si je suis porteur d'une trousse d'urgence et quels sont les médicaments la composant.

A chaque appel d'urgence depuis un des 2 numéros inscrits sur ma fiche, le médecin régulateur aura directement accès à cette fiche, pourra prévenir les médecins qui se déplaceront ou donner des conseils avertis sur les gestes d'urgence à effectuer.

Le caractère confidentiel de ces informations est garanti par la CNIL (commission nationale Informatique et Libertés), en application de la loi « Informatique, fichiers et Liberté » du 06/01/1978 modifiée.

Je pourrai à tout moment décider de la suppression de cette fiche ou demander des modifications, tant pour les données administratives que médicales.

Je reconnais donner mon consentement à la réalisation de cette fiche :

Nom et prénom du patient :  
Mme PICARD Jeannine

Pr Gisèle kANNY.....  
Médecin allergologue  
Réseau Allergolor

Représentant légal pour les mineurs :  
.....

Date : 14/04/08

Signatures :