



Information importante en cas d'urgence

Ressources pour les personnes atteintes d'HTP et leurs aidants naturels

Informations sur le patient

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de carte d'assurance maladie : _____

Problèmes médicaux : _____

Personne contact : _____

Relation : _____

Numéro de téléphone : _____

Médecins traitants

Clinique d'hypertension pulmonaire

Hôpital/clinique : _____

Coordonnateur de la clinique : _____

Spécialiste de l'HTP: _____

Numéro de téléphone : _____

Autre spécialiste

Médecin/infirmière : _____

Spécialité : _____

Hôpital/clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

Information importante (p.ex., chirurgies) : _____

Appeler le 911 si : _____

Appeler la clinique d'hypertension pulmonaire si : _____

Autre spécialiste

Médecin/infirmière : _____

Spécialité : _____

Hôpital/clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

Médecin de famille

Nom : _____

Clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

Médicaments pris actuellement

| Nom du médicament | Pris pour | Dosage | Fréquence | Prescrit par | Information importante (p.ex., effets secondaires, pris depuis, etc.) |
|-------------------|-----------|--------|-----------|--------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Appel au 911

Mon nom est [votre nom]. J'appelle de [lieu]. J'ai besoin d'une ambulance.

_____ [nom du patient] est atteint(e) d'hypertension pulmonaire et est aux prises avec [symptômes/raison de l'appel].
Il/elle a besoin d'être transporté(e) à _____ [hôpital/clinique à privilégier]
pour des soins d'urgences de son équipe médicale spécialisée dans le traitement de l'hypertension pulmonaire.