



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé  
et des Solidarités

Direction Générale de la Santé

# Carte de soins et d'urgence

*Emergency Healthcare Card*

## Hémophilie

*Hemophilia*



**L'hémophilie est une maladie hémorragique héréditaire** liée à un déficit en facteur VIII ou IX de la coagulation.



**Risque hémorragique**

*(Risk of hemorrhage)*

Cette carte est remplie et mise à jour par le médecin, en présence et avec l'accord du malade qui en est le propriétaire.

**Ce document est confidentiel et soumis au secret médical.**

Nul ne peut en exiger la communication sans autorisation du titulaire ou de son représentant légal.

**SPECIMEN**



## Recommandations en cas d'urgence



**Compte tenu du risque d'hémorragie interne, il est impérativement recommandé de :**

1. Corriger la coagulation en urgence en cas d'hémorragie ou de traumatisme important par injection de 50 UI/kg de concentré de facteur anti-hémophilique (ou DDAVP si bon répondeur).
2. Corriger la coagulation avant toute intervention chirurgicale ou geste invasif (ponctions, suture...).
3. Utiliser, si possible, le produit habituel, sinon, un produit analogue disponible en urgence.
4. En cas d'antécédents d'inhibiteur, contacter impérativement le médecin du centre de traitement de l'hémophilie
5. **Pour tout problème de prise en charge, contacter le médecin du centre de traitement de l'hémophilie prenant en charge le porteur de cette carte** (voir coordonnées page 4).

**SPECIMEN**



## Recommendations in case of medical emergency



**The person carrying this card is at serious risk of internal hemorrhage.**

General recommendations:

- 1.** In the event of hemorrhage or serious trauma, emergency clotting factor replacement treatment should be provided by injection of 50 UI/kg of concentrated antihemophilic factors (or DDAVP if the patient is known to respond well to this medication).
- 2.** Clotting factor replacement treatment should be provided before all other surgical interventions or invasive actions (puncture, suture, etc.).
- 3.** The cardholders usual medication should be used wherever possible. If this treatment is not available, emergency treatment with an analogue should be provided.
- 4.** For patients with a history of inhibitor production, it is imperative to contact the cardholder's physician from their hemophilia clinic.
- 5.** **For all problems relating to treatment, contact the cardholder's physician from their hemophilia clinic** (contact details are provided on page 4).

**SPECIMEN**

# Titulaire de la carte

(Cardholder)

Photo d'identité

Nom .....

Prénoms .....

Né(e) le .....

Adresse .....

Téléphone ..... Date: .....

Signature du titulaire ou  
de son représentant légal



**En cas d'urgence contacter le(s) personne(s)  
de l'entourage** (People to contact in case)

1. Nom .....

Prénom ..... Téléphone : .....

Adresse .....

2. Nom .....

Prénom ..... Téléphone : .....

Adresse .....

3. Nom .....

Prénom ..... Téléphone : .....

Adresse .....

**SPECIMEN**

# Informations médicales personnelles

(Personalized medical information)

## Informations individuelles sur la maladie

(Personalized information on the disease)

> **Type d'hémophilie** (*Type of hemophilia*) : A (F. VIII)  B (F.IX)

> **Taux de facteur** (*Factor levels*) : VIII = ..... % IX = ..... %

> **Inhibiteur** (*Inhibitor*) :

- Antécédents d'inhibiteur (*Prior detection of inhibitor*) oui  non
- Si oui, Titre maximum atteint (*if yes, maximum titer observed*) : .....UB
- Situation actuelle (*current situation*) :

Inhibiteur persistant (*inhibitor still present*)

Inhibiteur disparu (*inhibitor now absent*)

> **Hémophilie A mineure : résultat de l'épreuve à la DDAVP**

(*desmopressine*) : Mild Hemophilia A: results of the DDAVP, desmopressin test):

Taux de F.VIII de base (*basel level of F.VII*) : .....

Taux du F.VIII 1 heure après (*level of F.VII after 1 hour*) : .....

Taux du F.VIII 4 heures après (*level of F.VII after 4 hours*) : .....

**Médicament habituel de la maladie** : (traitement substitutif du déficit en facteur de la coagulation) (*Usual medication taken by the cardholder: replacement treatment for the blood clotting factor deficiency*)

**SPECIMEN**

# Informations médicales personnelles

*(Personalized medical information)*

**Mentions particulières concernant le traitement** (allergie, contre-indications, précautions...): *(Other factors which may be relevant for treatment: allergies, contraindications, precautions etc.)*

**Autres informations médicales utiles à la prise en charge en urgence :**

*(Other medical information which may be useful in an emergency)*

**Nom, fonctions, cachet, date et signature du médecin remplissant la carte :**  
*(Name, affiliation, stamp, date and signature of the physician who filled in this card)*

**SPECIMEN**

# En cas d'urgence contacter les médecins responsables de la prise en charge du malade

*(Physicians in charge of treatment of the cardholder)*



## 1. Centre de traitement de hémophilie

### > L'établissement

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone (standard) : .....

### > Le centre de traitement

Nom : .....

Téléphone aux heures ouvrables : .....

### > Le médecin

Nom : .....

Téléphone : .....

### > Téléphone en cas d'urgence

## 2. Service d'urgence de proximité :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## 3. Médecin traitant :

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**SPECIMEN**

**Pour toute information concernant la maladie, consulter :**

*(For further information on this disease)*

- > le site « Orphanet » : **www.orpha.net**  
rubrique « hémophilie »  
rubrique « urgence »
- > le réseau France Coag : **www.francecoag.org**
- > la Cometh (Coordination Médicale pour l'Etude et le Traitement des Maladies Hémorragiques constitutionnelles), association de professionnels, spécialistes des maladies hémorragiques constitutionnelles : **www.cometh.net**
- > l'Association Française des Hémophiles : **www.afh.asso.fr**



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé  
et des Solidarités

Direction Générale de la Santé



**Association française  
des hémophiles**

*Reconnue d'utilité publique par décret du 15 mai 1968*

**Association Française des Hémophiles**

6, rue Alexandre Cabanel – 75739 Paris Cedex 15

tél. : 01 45 67 77 67 – fax : 01 45 67 85 44

e.mail : info@afh.asso.fr

En cas de perte de la carte, prière de retourner ce document à son titulaire.

*(If this card is lost, please return it to the cardholder).*

**Il est recommandé de conserver cette carte sur soi, avec la carte de groupe sanguin, elle est très utile en cas d'urgence.**

Ce document a été établi par le Ministère de la Santé et des Solidarités, en concertation avec des professionnels de l'hémophilie et l'Association Française des Hémophiles.

SPECIMEN