



**FICHE D'INFORMATION MÉDICALE D'URGENCE**  
Fourni par la société canadienne d'Addison

J'ai **MALADIE D'ADDISON** (insuffisance surrénale) et je suis sur **traitement de remplacement avec des hormones surrénales**

<b>Nom:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>DOB:</b>	
<b>En cas d'urgence, veuillez contacter:</b>	<b>Téléphone: Accueil:</b>
	<b>Cellule:</b>
<b>Médecins:</b> <b>Endocrinologue</b>	<b>Téléphone:</b>
<b>Médecin de famille</b>	<b>Téléphone:</b>

**Traitement d'urgence:**

**Solu cortef intraveineux et solution saline**

**Le médicament d'Addison:**

**Autres conditions médicales:**

**Autres médicaments: (types)**

**Allergies:**

**Autres renseignements médicaux:**

**COMMENT UTILISER CE FORMULAIRE:**

- 1. IMPRIMEZ CE DOCUMENT**
- 2. REMPLIR PERTINENT INFORMATIONS**
- 3. PLACEZ LE FORME QUELQUE PART QUI EST FACILEMENT ACCESSIBLE QUELQU'UN SI VOUS VOUS TROUVEZ DANS UNE CRISE SITUATION.**

(c.-à-d. au réfrigérateur ou à côté du téléphone)