PERSONNE À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

Mme/M.	Tél
Mme/M.	Tél
Médecin traitant	Tél
Spécialiste traitant	Tél
Suivi(e) par le centre de	Tél

CENTRE DE SUIVI

Centre référence
national Marfan
Hôpital Bichat
www.marfan.fr
01 40 25 68 11

www.orpha.net

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA SANTÉ

maladies rares

Photo

CARTE D'URGENCE
Emergency card

En raison d'un Syndrome de Marfan ou Apparenté avéré

Mr/Mme _____

*a un risque de **dissection aortique**, de **pneumothorax** (à évoquer en cas de douleur thoracique) et de **décollement rétinien** (en cas de mouches volantes ou baisse brutale de la vision).*

ANTÉCÉDENTS

Dissection aortique : ☐ non ☐ ascendante ☐ descendante
Pneumothorax : ☐ oui ☐ non ☐ non opéré
Contre-indication à l'IRM : ☐ oui ☐ non
Luxation des cristallins : ☐ oui ☐ non
Décollement de rétine : ☐ oui ☐ non **Glaucome :** ☐ oui ☐ non

Chirurgie

Valve aortique : ☐ mécanique ☐ bioprothèse ☐ non
mitrale : ☐ mécanique ☐ bioprothèse ☐ non
Aorte ascendante : ☐ Bental ☐ plastie ☐ tube sus-coronaires ☐ non
Aorte descendante : ☐ chirurgie endoprothèse ☐ non
Dos/rachis/sternum : ☐ oui - préciser : ☐ non
Cristallins : ☐ ablation ☐ implants ☐ non

ETAT ACTUEL

à remplir de préférence avec le médecin traitant

Diamètre aortique maximal

mm :	date :	mm :	date :
mm :	date :	mm :	date :

Traitement et nom du médicament (*D = dosage en mgs)

Bêtabloquant : ☐ non ☐ oui _____ D* :

Anticoagulant : ☐ non ☐ oui _____ D* : INR cible :

Autres : _____ D* : _____ D* :