

PERSONNE A PREVENIR EN PRIORITE

Mme/M. _____ Tél _____
Médecin Traitant _____ Tél _____

Suivi(e) par le Centre de Référence/Compétence
Dermatoses Bulleuses Toxiques et Toxidermies graves

Adresse : Service de Dermatologie
Hôpital : _____
Adresse : _____
Tél : _____



CARTE D'URGENCE
Emergency card

CARTE D'ALLERGIE CUTANEE



NOM :
Prénom :

Je soussigné, Dr _____
(Hôpital /tel) : _____

**Certifie que ce patient a présenté une réaction
médicamenteuse à type de :**

Médicaments responsables :

Date de la réaction :

Contre-indication(s) :

Médicaments autorisés en remplacement :

