



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI  
ET DE LA SANTÉ

## CARTE D'URGENCE

Maladie d'Alzheimer

Maladies apparentées

(préciser : .....)

Nom .....

Prénoms .....

Né(e) le .....

Téléphone 1 .....

Téléphone 2 .....

Courriel .....

**Il vous est recommandé de conserver cette carte sur vous, car elle peut être vous être très utile en cas d'urgence.**

Cette carte est remplie par le médecin, en présence et avec l'accord du malade qui en est le propriétaire. Ce document est personnel. Nul ne peut en exiger la communication sans autorisation du titulaire ou de son représentant légal.

En cas de perte de la carte, prière de contacter par téléphone le titulaire de la carte ou l'une des personnes à contacter en cas d'urgence.

**En cas d'urgence, contacter le médecin traitant ou composer le 15.**

## PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

### 1. Aidant principal

Nom .....

Prénom .....

Téléphone 1 .....

Téléphone 2 .....

Courriel .....

### 2. Personne à prévenir en cas d'urgence autre que l'aidant principal

Nom .....

Prénom .....

Téléphone 1 .....

Téléphone 2 .....

Courriel .....

**PROFESSIONNELS DE SANTE  
CONTRIBUANT A LA PRISE EN CHARGE**

**1. Médecin traitant**

Nom .....

Adresse .....

.....

Téléphone.....

Courriel.....

**2. Médecin spécialisé de la maladie (neurologue, médecin de consultation  
mémoire)**

Nom .....

Adresse .....

.....

Téléphone.....

Courriel.....

**3. Nom, fonctions, cachet, date et signature du médecin remplissant la  
carte**



**4. Structures de soins (service de soins infirmiers à domicile, accueil de jour, réseau de soins)**

**Nom** .....

**Nom du service** .....

**Adresse** .....

.....

**Téléphone** .....

**Courriel** .....

