

**PERSONNE A PREVENIR EN PRIORITE**

**Mme/M. :** **Tél :**

**Mme/M. :** **Tél :**

**Médecin traitant :**

**Spécialiste référent :**

**Suivi par le centre de :**

**Plus d'informations sur**

[www.francelam.org](http://www.francelam.org) ou  
[www.orphanet-urgences.fr](http://www.orphanet-urgences.fr)  
fiche pour Samu et Urgences  
hospitalières)



**PHOTO**

**CARTE D'URGENCE**  
**LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSE**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**



**INFORMATIONS MEDICALES PERSONNELLES**

**TRAITEMENTS :** **DOSES / JOUR :**

**Immunodépresseurs :**

**Bronchodilatateurs :**

**Oxygénothérapie :**

**Autres :**

**SPECIFICITES :**

**Régime pauvre en graisse :**

**DMP actif :**

**Autres :**

**RISQUES PRINCIPAUX**

**URGENCES PULMONAIRES :**

***Pneumothorax : drainage (selon tolérance)***

***Chylothorax : ponction pleurale (selon tolérance)***

**URGENCES RENALES :**

***Hémorragie rétro-péritonéale***

***Douleurs lombaires aiguës***

***Hématurie***