



Notfall-Ausweis

für Patienten mit Immunthrombozytopenie (ITP)



Pohotovostní karta

pacienta s imunitní trombocytopenií (ITP)



Κάρτα έκτακτης ανάγκης

για τους ασθενείς με ανοσολογική
θρομβοκυτταροπενία (ITP)



Emergency Card

for Patients with Immune Thrombocytopenia (ITP)



Tarjeta para situaciones de urgencia

para los pacientes con trombocitopenia inmunitaria (TPI)



Carte sanitaire d'urgence

pour les patients atteints de
thrombocytopénie immune (TPI)



Tesserino sanitario per le emergenze mediche

per pazienti affetti da trombocitopenia immune (ITP)



Indicações de emergência

para doentes com imunotrombocitopenia (ITP)



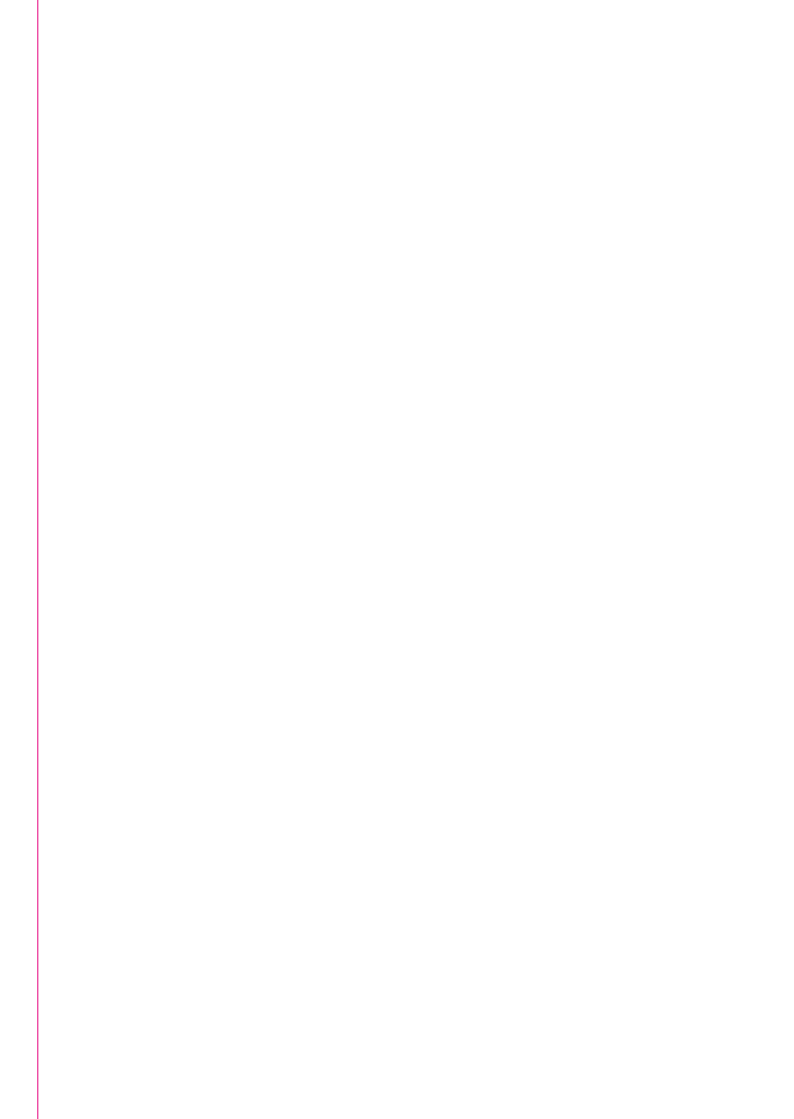
Паспорт пациента,

страдающего иммунной тромбоцитопенией (ИТП)



Acil Durum Kartı

Immün trombositopeni olan hastalar için (ITP)



Notfall-Ausweis

für Patienten mit Immunthrombozytopenie (ITP)
Patients with Immune Thrombocytopenia

Name/Name:

Straße/Street:

PLZ/Zip Code:

Stadt/City:

Land/Country:

Telefon/Telephone:

Kontakt/Contact:

Neben der ITP leidet der Patient an folgenden Erkrankungen/Vorerkrankungen:

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bypass-Operation/ -en	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma/ chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Welche?

Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Vermerke:

Letzte Impfung (Art/ Datum)

Mein behandelnder Arzt:

Name des Arztes:

Telefonnummer des Arztes:

Blutgruppe und Rh-Faktor

Der Patient hatte eine Splenektomie:

 Ja NeinWeitere Informationen zur ITP-Erkrankung/
Therapie des Patienten:

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes:

Die Abkürzung ITP steht für Immunthrombozytopenie und bezeichnet eine immunologisch vermittelte, isolierte Thrombozytopenie, bei der Antikörper gegen die körpereigenen Thrombozyten gebildet werden.

ITP-Therapie mit:

Beginn:

Letzte Behandlung:

Meine Dosis:

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie stets **eine Liste mit allen** weiteren von Ihnen angewendeten **Arzneimitteln** mitnehmen, wenn Sie eine medizinische Fachperson aufsuchen.

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Patientenverfügung

Ich habe eine Patientenverfügung hinterlegt bei:

Pohotovostní karta

pacienta s imunitní trombocytopenií (ITP)
Patients with Immune Thrombocytopenia

CZ

Jméno/Name:

Ulice/Street:

PSČ/Zip Code:

Město/City:

Země/Country:

Telefon/Telephone:

Kontaktní údaje/Contact:

Kromě ITP trpí pacient těmito onemocněními/
dříve existujícími stavy:

Infarkt myokardu Ano Ne

Bypass Ano Ne

Kardiostimulátor Ano Ne

Vysoký krevní tlak Ano Ne

Astma / chronická bronchitida Ano Ne

Diabetes (cukrovka) Ano Ne

Onemocnění ledvin Ano Ne

Alergie Ano Ne

Jaké?

Epilepsie (padoucnice) Ano Ne

Glaukom (zelený zákal) Ano Ne

Poznámky:

Poslední očkování (typ / datum)

Můj ošetřující lékař:

Jméno lékaře:

Telefonní číslo lékaře:

Krevní skupina a Rh faktor:

Pacient podstoupil splenektomii:

Ano Ne

Další informace týkající se onemocnění ITP /
léčby pacienta:

Datum / Razítko / Podpis pacienta:

ITP je zkratka pro imunitní trombocytopenii a označuje imunologicky zprostředkovanou izolovanou trombocytopenii (snížení počtu krevních destiček), při níž tělo tvoří protilátky proti vlastním trombocytům.

Léčba ITP:

Začátek:

Poslední léčba:

Mé dávkování:

Nezapomeňte si při každé návštěvě lékaře s sebou vzít **seznam všech** dalších **léků**, které užíváte

V případě potřeby prosím informujte:

Původní přání pacienta ke zdravotní péči

Původní přání pacienta ke zdravotní péči je uloženo v záznamech:

Κάρτα έκτακτης ανάγκης

για τους ασθενείς με ανοσολογική
θρομβοκυτταροπενία (ITP)

Patients with Immune Thrombocytopenia

Όνομα / Name:

Οδός / Street:

Ταχυδρομικός κώδικας / Zip Code:

Πόλη / City:

Χώρα / Country:

Τηλέφωνο / Telephone:

Επικοινωνία / Contact:

Εκτός από την ΙΤΡ, ο ασθενής παρουσιάζει τις παρακάτω ασθένειες/προϋπάρχουσες παθήσεις:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Καρδιακή προσβολή | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Επέμβαση(σεις) παράκαμψης (Bypass) | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Βηματοδότης | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Υψηλή αρτηριακή πίεση | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Άσθμα/ χρόνια βρογχίτιδα | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Διαβήτης (σάκχαρο) | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Νεφρική νόσος | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |
| Αλλεργίες | <input type="checkbox"/> Ναι | <input type="checkbox"/> Όχι |

Ποιες;

Επιληψία Ναι Όχι

Γλαύκωμα Ναι Όχι

Σχόλια:

Τελευταίος εμβολιασμός (είδος/ημερομηνία)

Ο θεράπων ιατρός μου:

Όνομα ιατρού:

Αριθμός τηλεφώνου ιατρού:

Ομάδα αίματος και παράγοντας Rh

Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε σπληνεκτομή:

Ναι Όχι

Πρόσθετες πληροφορίες για την ασθένεια/
θεραπεία της ΙΤΡ του ασθενούς:

Ημερομηνία/σφραγίδα/υπογραφή ιατρού:

Η σύντμηση ITP [Immunthrombozytopenie] παραπέμπει στην ανοσολογική θρομβοκυτταροπενία και αναφέρεται σε μια ανοσομεσολαβούμενη, μεμονωμένη θρομβοκυτταροπενία, στην οποία παράγονται αντισώματα κατά των αιμοπεταλίων του ίδιου του οργανισμού.

Θεραπεία της ITP με:

Έναρξη:

Τελευταία αγωγή:

Η δόση μου:

Όταν επισκέπτεστε έναν ιατρό, φροντίστε να φέρνετε πάντα μαζί σας **μια λίστα με όλα τα άλλα φάρμακα** που λαμβάνετε.

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, ειδοποιήστε:

Οδηγία για προηγμένη υγειονομική περίθαλψη

Έχω μια οδηγία για προηγμένη υγειονομική περίθαλψη για υποβολή στην:

Emergency Card

for Patients with Immune Thrombocytopenia (ITP)
Patients with Immune Thrombocytopenia

Name:

Street:

Zip Code:

City:

Country:

Telephone:

Contact:

In addition to ITP, the patient has the following diseases/
pre-existing conditions:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Heart attack | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Bypass operation(s) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Pacemaker | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| High blood pressure | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Asthma/ chronic bronchitis | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes (sugar disease) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Kidney disease | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Allergies | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Which?

Epilepsy (falling sickness) Yes No

Glaucoma (green star) Yes No

Comments:

Last vaccination (type/date)

My treating doctor:

Doctor's name:

Doctor's telephone number:

Blood group and Rh factor

The patient had a splenectomy:

Yes No

Additional information about the patient's
ITP disease/therapy:

Date/stamp/signature of the doctor:

The abbreviation ITP stands for immune thrombocytopenia and refers to an immune-mediated, isolated thrombocytopenia in which antibodies are produced against the body's own blood platelets.

ITP therapy with:

Start:

Last treatment:

My dose:

When visiting a medical professional, please make sure that you always bring along **a list of all other drugs** you are taking.

In an emergency please notify:

Advance health care directive

I have an advance health care directive on file at:

Tarjeta para situaciones de urgencia

para los pacientes con trombocitopenia inmunitaria (TPI)

Patients with Immune Thrombocytopenia

Nombre/Name:

Calle/Street:

Código postal/Zip Code:

Localidad/City:

País/Country:

Teléfono/Telephone:

Contacto/Contact:

Además de la TPI, el paciente padece o ha padecido as siguientes enfermedades:

Ataque al corazón Sí No

Intervención de bypass Sí No

Marcapasos Sí No

Presión arterial alta Sí No

Asma/bronquitis crónica Sí No

Diabetes Sí No

Enfermedades renales Sí No

Allergies Sí No

¿A qué?

Epilepsia Sí No

Glaucoma Sí No

Observaciones:

Última vacunación (tipo/fecha)

Mi médico:

Nombre del médico:

Número de teléfono del médico:

Grupo sanguíneo y factor Rh

El paciente se ha sometido a esplenectomía:

Sí No

Más información sobre la enfermedad de TPI/
tratamiento del paciente:

Fecha/sello/firma del médico:

La sigla TPI corresponde a trombocitopenia inmunitaria y se trata de una trombocitopenia aislada mediada por el sistema inmunitario en la que se forman anticuerpos contra los trombocitos del propio cuerpo.

Tratamiento de la TPI con :

Inicio :

Último tratamiento :

Mi dosis :

Asegúrese de llevar siempre **una lista con todos** los **medicamentos** que utiliza cuando acuda a un médico.

En caso de urgencia, informar a :

Advance health care directive

He presentado testamento vital ante :

Carte sanitaire d'urgence

pour les patients atteints de thrombocytopénie immune (TPI)
Patients with Immune Thrombocytopenia

Nom/Name :

Rue/Street :

Code postal/Zip Code :

Ville/City :

Pays/Country :

Téléphone/Telephone :

Contact/Contact :

En plus de la TPI, le patient souffre des affections/
pathologies préexistantes suivantes :

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Crise cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Pontage coronarien | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Asthme/bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladies rénales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allergies | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Lesquelles ?

- | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Glaucome | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Note :

Dernière vaccination (type/date)

Mon médecin traitant

Nom du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

Groupe sanguin et rhésus

Le patient a subi une splénectomie :

Oui Non

Informations complémentaires sur la TPI/
le traitement du patient :

Date/Tampon/Signature du médecin :

L'abréviation TPI signifie « thrombocytopénie immune » et désigne une thrombocytopénie isolée, à médiation immunologique, maladie durant laquelle des anticorps anti-plaquettes se forment.

Traitement de la TPI avec :

Début :

Dernier traitement :

Mon dosage :

Veillez à toujours apporter avec vous **une liste de tous** les autres **médicaments** que vous utilisez lorsque vous consultez un professionnel de la santé.

En cas d'urgence, prévenir :

Directive anticipée

J'ai déposé une directive anticipée chez :

Tesserino sanitario per le emergenze mediche

per pazienti affetti da trombocitopenia immune (ITP)

Patients with Immune Thrombocytopenia

Nome/Name:

Via/Street:

CAP/Zip Code:

Città/City:

Paese/Country:

Telefono/Telephone:

Contatto/Contact:

Oltre che di ITP, il paziente soffre delle seguenti malattie/
malattie antecedenti:

Infarto del miocardio Sì No

Intervento / i di bypass Sì No

Pacemaker Sì No

Ipertensione Sì No

Asma/bronchite cronica Sì No

Diabete (diabete mellito) Sì No

Nefropatie Sì No

Allergie Sì No

Quali?

Epilessia Sì No

Glaucoma (stella verde) Sì No

Note:

Ultima vaccinazione (tipo / data)

Il mio medico curante:

Nome del medico:

Numero di telefono del medico:

Gruppo sanguigno e fattore RH

Il paziente ha subito una splenectomia:

Sì No

Ulteriori informazioni sull'ITP/sulla terapia del paziente:

Data/Timbro/Firma del medico:

L'abbreviazione ITP [Immunthrombozytopenie] sta per trombocitopenia immune e indica una trombocitopenia isolata, immunomediata, nella quale si formano degli anticorpi contro le piastrine.

Terapia per la ITP:

Inizio:

Ultimo trattamento:

La mia dose:

Quando si reca in visita da uno specialista, La preghiamo di assicurarsi di portare sempre con sé **una lista con tutti i farmaci** you che continua ad assumere.

In caso di emergenza si prega di avvisare:

Testamento biologico

Ho depositato il testamento biologico presso:

Indicações de emergência

para doentes com imunotrombocitopenia (ITP)

Patients with Immune Thrombocytopenia

Nome/Name:

Rua/Street:

Código Postal/Zip Code:

Cidade/City:

País/Country:

Telefone/Telephone:

Contacto/Contact:

Além da ITP, o doente sofre das seguintes doenças/doenças pré-existentes:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Enfarte cardíaco | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Operação(ões) de bypass | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Pacemaker | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Tensão alta | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Asma/bronquite crónica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Doença renal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Alergias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Quais?

- | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Observações:

Última vacinação (tipo/data)

O médico responsável:

Nome do médico:

Número de telefone do médico:

Grupo sanguíneo e fator RH

O doente foi submetido a esplenectomia:

Sim Não

Mais informações sobre a condição de ITP/ Terapêutica do doente:

Data/carimbo/assinatura do médico:

O acrónimo ITP significa Imunotrombocitopenia, uma trombocitopenia isolada imune em que se formam anticorpos contra os trombócitos produzidos pelo corpo.

Terapêutica para a ITP com:

Início:

Último tratamento:

A minha dose:

Certifique-se de que **leva uma lista de todas as** outras **medicações** que toma quando consultar um médico.

Em caso de emergência, informe:

Testamento vital

Tenho um testamento vital depositado em:

Паспорт пациента,

страдающего иммунной тромбоцитопенией (ИТП)
Patients with Immune Thrombocytopenia

Фамилия/Name:

Улица, номер дома и квартиры/Street:

Почтовый индекс/Zip Code:

Город/City:

Страна/Country:

Телефон/Telephone:

Контактное лицо/Contact:

Кроме ИТП, пациент страдает/
перенес следующие заболевания:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Инфаркт миокарда | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Операцию/и по шунтированию | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Установлен кардиостимулятор | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Гипертония | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Бронхиальная астма/
хронический бронхит | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Диабет (сахарная болезнь) | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Болезни почек | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Аллергия | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |

На что?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Эпилепсия (припадки) | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| Глаукома (повышенное
внутриглазное давление) | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |

Примечания:

Последняя вакцинация (Вид/Дата)

Мой лечащий врач:

Фамилия лечащего врача:

Номер телефона врача:

Группа крови и резус-фактор

Пациент перенес спленэктомию:

Да Нет

Дополнительные сведения об ИТП/лечении пациента:

Дата/Печать/Подпись врача:

Сокращение ИТП используется для обозначения иммунной тромбоцитопении, которая представляет собой самостоятельное заболевание, обусловленное нарушениями в работе иммунной системы, вырабатывающей антитела к тромбоцитам собственного организма.

Для лечения ИТП применяется препарат:

Дата начала лечения:

Дата последнего приема:

Дозировка препарата:

Пожалуйста, при каждом посещении врача или других медицинских работников всегда берите с собой **список всех других лекарственных препаратов**, которые вы принимаете.

В экстренных случаях сообщить:

Распоряжение пациента на случай утраты дееспособности

Право принятия медицинских решений на случай утраты дееспособности я предоставляю:

Acil Durum Kartı

Immün trombositopeni olan hastalar için (ITP)
Patients with Immune Thrombocytopenia

Adı/Name:

Cadde/Street:

Posta Kodu/Zip Code:

Şehir/City:

Ülke/Country:

Telefon/Telephone:

Kontak/Contact:

Hasta ITP'nin yanı sıra aşığıdaki hastalıklardan/
önceden mevcut hastalıklardan mustarıptır.

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Kalp krizi | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Bypass-Operasyonu/ -ları | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Kalp pili | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Astım/ kronik bronşit | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Diyabet (Şeker hastalığı) | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Böbrek hastalıkları | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Alerji | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |

Hangileri?

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Epilepsi (Sara hastalığı) | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |
| Glakom (Karasu) | <input type="checkbox"/> | Evet | <input type="checkbox"/> | Hayır |

Notlar:

Son aşılama (Tür/ Tarih)

Tedavi eden doktorum:

Doktorun adı:

Doktorun telefon numarası:

Kan grubu ve Rh faktörü

Hastada splenektomi vardı:

Evet Hayır

Hastanın ITP hastalığı/tedavisiyle ilgili ilave bilgiler

Tarih/Kaşe/Doktorun imzası:

ITP, immün trombositopeninin kısaltmasıdır ve vücudun kendi trombositlerine karşı antikorlar oluşturduğu immünolojik izole trombositopeni anlamına gelir.

ITP tedavisi ilacı:

Başlangıç:

Son tedavi:

Dozum:

Lütfen bir sağlık profesyonelinizi ziyaret ettiğinizde kullandığınız **diğer bütün ilaçların listesini** yanınıza aldığınızdan emin olun.

Acil durumda haber verin:

Yan vasiyet

Aşağıdaki kuruluşa bir yan vasiyet bıraktım:

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
90429 Nürnberg



03/2018 0000000