



Carte Lymphoedème

Lymphedema Card



En raison d'un **Lymphoedème primaire/secondaire**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:/...../.....



Haut risque infectieux
ÉRYSIPELE.

Traitement par **ANTIBIOTHERAPIE**
avec dose adaptée.
PAS D'ANTI-INFLAMMATOIRES.

Mes contacts personnels:

Mme/M..... Tél:

Mme/M..... Tél:

Mes soignants:

1) Médecin traitant:

Mme/M..... Tél:

2) Kinésithérapeute:

Mme/M..... Tél:

3) Spécialiste lymphoedème:

Mme/M Tél:

4) Autre(s):