



Prénom:

Nom du médecin:

Adresse:

Adresse du médecin ou de l'hôpital:

Passeport/ pièce d'identité:

Signature & Date:

Signature du médecin & Date:

---

PERSO

MÉDICAL

---

---

# AVIS MÉDICAL



Le titulaire de cette carte porte un dispositif d'incontinence pour une ou plusieurs de ces stomies (créées chirurgicalement) : Colostomie, Iléostomie ou Urostomie.

En raison d'une affection du titulaire, une ouverture artificielle, appelée stomie, a été créée dans l'abdomen par laquelle passent maintenant les déchets. Une poche de stomie est fixée à la cavité abdominale de la stomie pour recueillir ces déchets. Cette poche est essentielle pour le porteur et ne doit en aucun cas être retirée, au risque de causer des dommages physiques et psychologiques. Une fuite entraînerait une gêne importante et un désagrément considérable pour le titulaire et ne serait pas souhaitée par le public.

Cet appareil médical peut également nécessiter l'utilisation d'une ceinture de stomie en guise de support, laquelle peut contenir des éléments métalliques. Des fournitures médicales supplémentaires (p. ex. d'autres poches de stomie, du matériel de nettoyage et un équipement de premiers soins) peuvent être transportées par le titulaire en cas d'urgence et de remplacement de la poche. Il est donc tout aussi important de ne pas retirer ces articles au titulaire de cette carte. La nécessité de cette demande est confirmée par le médecin du titulaire. Nous vous remercions de votre coopération et de votre compréhension.

---