

**Koordinationsorgan eHealth**

## Vue d'ensemble des données personnelles (médicales) de la carte d'assuré

*Remarque: Seules les données marquées d'une \* sont obligatoires lorsque le groupe de données est utilisé. Toutes les autres données sont facultatives.*

<b>1. Maladies et séquelles d'accidents</b> (facultatif, multiple)			
Désignation de la maladie ou de la séquelle d'accident	Commentaire	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Asthme bronchique			
BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive)			
Maladie coronarienne			
Insuffisance cardiaque			
Troubles du rythme cardiaque			
Maladie artérielle périphérique			
Anévrisme de l'aorte abdominale			
Crises convulsives			
Trouble de coagulation congénital			
Trouble de coagulation acquis			
Trouble de coagulation acquis suite à la prise de médicaments			
Diabète sucré			
Maladie d'Addison			
Glaucome			
Insuffisance rénale/dialyse			
Acétylation lente			
Maladie chronique du foie			
Maladies infectieuses de premier plan			
Maladies infectieuses			
Organ manquant			
Prothèse vasculaire			
Valvules cardiaques artificielles			
Dispositifs intravasculaires (stents, clips)			



### Koordinationsorgan eHealth

Prothèse articulaire			
Stimulateur cardiaque/defibrillateur			
Matériel d'ostéosynthèse			
Œil en verre			
Lentilles de contact			
Prothèses amovibles			
Autres maladies ou séquelles d'accidents			

### 2. Données concernant la transplantation

#### Inscription sur la liste d'attente pour une transplantation (facultatif, multiple)

	Commentaire	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Transplantation 1 etc.			

#### Transplantations déjà subies (facultatif, multiple)

	Nom de l'organe transplanté	N° suisse de transplantation	Date de la transplantation	Commentaire concernant la transplantation	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Transplantation 1 etc.						

**Koordinationsorgan eHealth**

3. Allergies / Réactions de type instantané (facultatif, multiple)																				
	Désignation de l'agent provoquant l'allergie		Réaction clinique						Méthode de la preuve							Date de la preuve	Remarque concernant la preuve			
	Désignation générale	Désignation spéciale	Genre de la réaction clinique						Date de la réaction clinique	Remarque concernant la réaction clinique	Anamnèse	Manifestation clinique	Test cutané (Prick, intradermal)	Test épicutané (patch test)	Anticorps spécifiques			Test de provocation	Test cellulaire	Autre preuve de hypersensibilité
			Angio-oedème	Urticaire	Asthme, bronchospasme	Coliques, diarrhée	Choc anaphylactique	Autre réaction clinique												
Allergie 1 etc.																				

Médicament de remplacement							
	Désignation du médicament de remplacement	Nom générique du médicament de remplacement	Sécurité du médicament de remplacement			Date-test du médicament de remplacement	Remarque concernant le médicament de remplacement
			provoqué	testé	conseillé		
Allergie 1 etc.							



**Koordinationsorgan eHealth**

	Médicament d'urgence				Remarque concernant le médicament d'urgence	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
	Désignation du médicament d'urgence						
	Anti-histaminique et tablettes corticostéroïdes	Adrénaline à injecter	Médicament à inhaler	Autre médicaments			
Allergie 1 etc.							

**4. Allergies / Réactions de type tardif (facultatif, multiple)**

	Désignation de l'agent provoquant l'allergie		Réaction clinique				Date de la réaction clinique	Remarque concernant la réaction clinique	Preuve de l'hypersensibilité							Date de la preuve	Remarque concernant la preuve
	Désignation générale	Désignation spéciale	Genre de la réaction clinique			Autre réaction clinique			Méthode de la preuve								
			Eczéma	Réaction locale	Formation d'ampoules, vasculaites				Anamnèse	Manifestation clinique	Test cutané (Prick, intradermal)	Test épicutané (patch test)	Anticorps spécifiques	Test de provocation	Test cellulaire		
Allergie 1 etc.																	



### Koordinationsorgan eHealth

Médicament de remplacement							
	Désignation du médicament de remplacement	Nom générique du médicament de remplacement	Sécurité du médicament de remplacement			Date-test du médicament de remplacement	Remarque concernant le médicament de remplacement
			provoqué	testé	recommandé		
Allergie 1 etc.							

Médicament d'urgence							
	Désignation du médicament d'urgence				Remarque concernant le médicament d'urgence	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
	Anti-histaminique et tablettes corticostéroïdes	Adréraline à injecter	Médicament à inhaler	Autres médicaments			
Allergie 1 etc.							

### 5. Médication (facultatif, multiple)

Désignation de la médication	Remarque concernant l'indication de la médication	Numéro EAN de la médication	Numéro ATC de la médication	Remarque concernant la médication	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Antiépileptiques						
Antidépresseurs						
Neuroleptiques						
Médicaments contre la démence						
Opiacés						
AINS						

### Koordinationsorgan eHealth

Tranquillisants						
Bêtabloquants						
Inhibiteurs ECA						
Diurétiques						
Inhibiteurs calciques						
Dérivés nitrés						
Antiarythmiques						
Digitaliques						
Antagonistes de l'aldostérone						
Bêtamimétiques						
Immunosuppresseurs						
Antithrombotiques						
Anticoagulants, par ex. Marcoumar ou héparine						
Antihistaminiques						
Facteurs VIII/IX						
Desmopressine, par ex. Minirin						
Antidiabétiques, insuline						
Cortisone						
Autres médicaments						

### 6. Vaccins (facultatif, multiple)

Désignation du vaccin	Remarques concernant le vaccin	Nom commercial du vaccin	Fabricant du vaccin	Numéro de lot du vaccin	Date de la vaccination	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Diphthérie							
Tétanos							
Coqueluche							
Poliomyélite – paralysie infantile							



### Koordinationsorgan eHealth

Haemophilus influenzae type b (Hib)							
Hépatite B							
Hépatite A							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Papillomavirus humain (HPV)							
Varicelle							
Pneumocoques							
Méningocoques							
Encéphalite à tiques (FSME, TBE)							
Tuberculose (BCG)							
Grippe							
Rage							
Fièvre jaune							
Encéphalite japonaise							
Fièvre typhoïde							
Choléra							
Anthrax							
Autres vaccins							

### 7. Données concernant le groupe sanguin et les transfusions

Données concernant le groupe sanguin										
Groupe sanguin	Désignation du groupe sanguin				Désignation du facteur rhésus		Date du test de détermination du groupe sanguin	Remarque concernant le groupe sanguin	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
	0	A	B	AB	RH+ signe positif	Rh- signe négatif				
Groupe sanguin										



**Koordinationsorgan eHealth**

Données concernant les transfusions							
	Nombre de transfusions sanguines			Date de la dernière transfusion sanguine	Remarque concernant la dernière transfusion sanguine	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
	Jamais	Une fois	Plus d'une fois				
Transfusion							

**8. Inscription supplémentaire pour les cas médicalement fondés**

Renseignements sur les dossiers médicaux ou pharmaceutiques à disposition (facultatif, multiple)				
	Donnés concernant l'adresse du dépositaire	Commentaire concernant le dossier médical ou pharmaceutique	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Dossier disponible 1 etc.				

Informations médicales ou pharmaceutiques supplémentaires				
	Désignation des informations médicales ou pharmaceutiques supplémentaires	Remarque concernant les informations médicales ou pharmaceutiques supplémentaires	Numéro EAN de l'auteur de l'inscription*	Date de l'enregistrement*
Information 1 etc.				

**9. Adresses de personnes à prévenir en cas d'urgence (facultatif, multiple)**

	Typ de contact		Donnés concernant l'adresse du dépositaire			
	contact privé	contact médical	Titre, Nom, Organisation	Rue, Numéro	Case postale	Code, Lieu, Pays
Inscription 1 etc.						





**Koordinationsorgan eHealth**

<b>10. Mention de l'existence de directives anticipées du patient ou de certificats de donneur d'organes (facultatif, multiple)</b>							
	Type de dépositaire du document		Données concernant l'adresse de contact				Remarque concernant la directive ou le certificat
	Contact privé	Contact médical	Titre, Nom, Organisation	Rue, Numéro	Case postale	Code, Lieu, Pays	
Inscription 1 etc.							