

## COORDONNÉES PERSONNELLES

Adresse

.....  
.....

N° de téléphone

.....

Date de naissance

.....

**Le titulaire de cette carte est responsable  
des informations qu'il y mentionne**



Ligue francophone belge  
contre l'**Epilepsie** ASBL

[www.ligueepilepsie.be](http://www.ligueepilepsie.be)

# J'AI UNE EPILEPSIE



Nom, prénom

.....  
.....

Si nécessaire prévenir :

.....  
.....

N° de Téléphone

.....

## INFORMATIONS MÉDICALES

Traitement

.....

.....

Groupe sanguin

.....

Médecin traitant / téléphone

.....

.....

Spécialiste / hôpital

.....

.....

Allergies

.....

## À FAIRE EN CAS DE CRISE

- **Éloigner** les objets dangereux
- Mettre la personne en **PLS**
- Mettre un **coussin** sous la tête
- **Chronométrer** la crise
- Appeler le **112** si les convulsions durent plus de **5 min**

## À NE PAS FAIRE EN CAS DE CRISE

- Ne **rien** introduire dans la **bouche**
- Ne **pas** donner à **boire**
- Ne **pas** essayer de **contenir** les **convulsions**