

# ПАСПОРТ БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ

Владелец данного документа страдает пониженной свертываемостью крови, получает внутривенные инъекции антигемофильными препаратами. При нем могут быть лекарственные препараты и средства для их внутривенного введения.

№ \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

М.П. Телефон \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ Действителен до \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

(Название и адрес медицинской организации)

М.П.

**ПРОСИМ ВСЕХ ОКАЗЫВАТЬ НЕОБХОДИМОЕ СОДЕЙСТВИЕ!**

Тип Гемофилии:                      Уровень фактора:

A     B                       F.VIII  %    F.IX  %

Наличие ингибитора    BE

Болезнь Виллебранда    F.VIII  %    vWF  %

Группа крови                       Резус-фактор

## В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ:

- Обеспечить внутривенную инъекцию антигемофильных препаратов;
- Обеспечить транспортировку в ближайшее специализированное медицинское учреждение;
- Позвонить по телефону:

\_\_\_\_\_ для экстренной медицинской консультации

**Пациентам с гемофилией и болезнью Виллебранда ПРОТИВОПОКАЗАНО:**

- Аспирин
- Внутримышечные инъекции

Разработано Всероссийским обществом гемофилии и Гематологическим научным центром РАМН.  
125167 Москва, Новый Зыковский пр-д, 4А  
Телефон/факс: (495) 612-20-53; (495) 612-38-84  
<http://www.hemophilia.ru>, [office@hemophilia.ru](mailto:office@hemophilia.ru)

**ПРОСИМ ВСЕХ ОКАЗЫВАТЬ НЕОБХОДИМОЕ СОДЕЙСТВИЕ!**