

Partir en voyage avec mes dispositifs médicaux

travel with my medical devices

ir de viaje con mis dispositivos médicos



INFORMATIONS

Information - Información

■ **Coordonnées du titulaire de ce carnet de voyage/ Information of the travel book holder/ Información del titular del tarjeta de viaje :**

- Nom/Name/Apellido :
- Prénom/Firstname/Nombre :
- Adresse/Adress/Dirección :
.....
- Téléphone/Phone/Teléfono :
- Signature/Signature/Firma :

■ **Coordonnées du médecin traitant/ Physician contact details/Datos de contacto del médico tratante :**

- Nom/Name/Apellido :
- Prénom/Firstname/Nombre :
- Adresse/Adress/Dirección :
.....
- Téléphone/Phone/Teléfono :
- Date/Date/Fecha :
- Signature du médecin/Signature of physician

/Firma del médico :

■ **Dispositifs Médicaux/Medical devices/Dispositivos médicos**

- produits de stomathérapie - dérivation digestive
/products for ostomy - digestive derivation
/productos de ostomía - derivación digestivo
- produits de stomathérapie - dérivation urinaire
/products for ostomy - urinary derivation
/productos de ostomía - derivación urinaria
- produits pour sondage urinaire ou incontinence urinaire
/products for urinary catheterization or urinary incontinence
/productos para cateterismo urinario o incontinencia urinaria

■ FRANÇAIS :

Le titulaire de cette carte est, pour des raisons médicales, dans la nécessité d'utiliser les dispositifs médicaux ci-contre (dispositif médical à usage unique).

A ce titre, la personne est dans l'obligation d'avoir en permanence avec elle ces dispositifs médicaux délivrés sur prescription médicale de son médecin traitant.*

Si vous souhaitez examiner ces produits, nous vous prions de bien vouloir le faire dans un endroit discret à l'abri des regards afin de respecter l'intimité du titulaire de cette carte.

Merci pour votre assistance.

*copie de l'ordonnance jointe à ce document

■ ENGLISH :

The holder of this card is, for medical reasons, in the need to use medical devices (single use medical products) which are only available on medical prescription.*

The nature of her medical condition requires this person to carry these medical devices with her all the times.

If you would like to examine these medical products, we kindly ask you to do so in a discreet location, out of sight, in order to respect the privacy of this card holder..

Thank you very much for your assistance.

*copy of the prescription form attached to this document

■ ESPAÑOL :

El titular de esta tarjeta está obligado, por motivos médicos, a utilizar los dispositivos médicos que se enumeran en la página opuesta (dispositivo médico de un solo uso).

Como tal, la persona está obligada a llevar consigo estos dispositivos médicos en todo momento, emitidos con prescripción médica de su médico tratante.*

Si desea examinar estos productos, le rogamos que lo haga en un lugar discreto fuera de la vista para respetar la privacidad del titular de la tarjeta.

Gracias por su ayuda.

* copia de la prescripción adjunta a este documento

près
de **20** ans
à vos côtés

*Avec Référence Santé,
mes produits livrés à domicile !*

 0 800 07 33 70 (appel et service gratuits)

 01 70 83 44 90

@ serviceclients@reference-sante.fr

et sur internet

www.reference-sante.fr



Le présent document, son contenu, et notamment les données institutionnelles, les informations, les marques et les logos qui y sont mentionnés sont la propriété exclusive de Référence Santé. Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale, de ce document et de son contenu, sans l'accord exprès et préalable de Référence Santé, est strictement interdite et constitue une infraction aux droits de propriété intellectuelle de Référence Santé. Les marques citées appartiennent à leurs propriétaires respectifs. Documents et photos non contractuels.

Référence Santé | 26, rue Armengaud | 92210 Saint-Cloud | France |
Tél. 01 41 10 75 50 | Fax 01 70 83 44 90 | www.reference-sante.fr
e-mail: serviceclients@reference-sante.fr | Société par actions simplifiée
au capital de 212 500 € | RCS Nanterre 399888668