

**EN PARTICIPANT
AU RMTC,**

vous pouvez contribuer
à façonner le futur des
personnes atteintes de
troubles de la coagulation
partout dans le monde!



FMH

FÉDÉRATION MONDIALE DE L'HÉMOPHILIE
WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA
FEDERACIÓN MUNDIAL DE HEMOFILIA

WFH.ORG



RMTC

**REGISTRE MONDIAL DES TROUBLES
DE LA COAGULATION DE LA FMH**

**CARTE
D'IDENTITÉ**

CARTE D'IDENTITÉ DANS LE RMTC

WBDR.WFH.ORG

Numéro de patient dans le RMTC : _____

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Type d'hémophilie : _____ **Degré de sévérité :** _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

En cas d'urgence, veuillez contacter :

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Centre de traitement de l'hémophilie

Nom du centre : _____

Nom du médecin : _____

Téléphone : _____