

Cartão de Identificação do Laringectomizado

Apoio:





Cartão de Identificação do Laringectomizado

Nome:

CPF: RG:

Data da laringectomia:

Hospital:

Médico(a) responsável pela cirurgia:

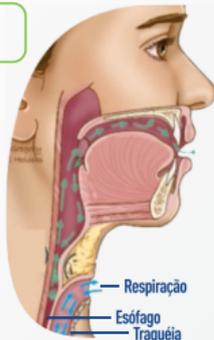
Fonoaudiólogo(a) responsável:

Tipo sanguíneo:

Diabetes:

Pressão alta:

Alergia medicamentosa:



Sou um laringectomizado total, ou seja, fiz uma cirurgia para retirada da laringe, onde a voz é produzida. Por isso, não me comunico mais com a minha voz natural. Mas, se tiver paciência, poderemos nos entender. Minha respiração também foi modificada e, agora, eu respiro definitivamente pelo estoma (orifício no meu pescoço).



COLOQUE SUA
FOTO 3X4
AQUI!

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Quando necessitar de intubação,
minha respiração é pelo estoma.

