

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0037232 OR  
35891

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 03438 Société : Royal air maroc  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ATIFINE MUSTAPITA -  
 Date de naissance : 01-01-1961 -  
 Adresse : JAMILA 4 Rue 84 N° 20 Casablanca  
 Tél. : 0661 51 5368 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : FALAH ATIKA Age: 55 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... domalgies d'ore

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 30.10.18

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/08/2020	C		300,00 dhs	Dr. Malika Souiri Médecin Néphrologue Centre des Maladies du Rein Centre Dialyse Belle Vue INPE : 0019350 INPE Siret : 090062845 Tel : 0522 78 07 02 Médecin Néphrologue Centre des Maladies du Rein Centre Dialyse Belle Vue INPE : 0019350 INPE Siret : 090062845 Tel : 0522 78 07 02
31/08/2020	C		G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAJAH	22/08/2020	121,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SBATA	Vendredi 07 Août 2020		

2008070008

Lettre clé+cotation: B 720

Montant Facturé: 650,250hs



## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552 00000000 00000000	G	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000 35533411	B	DATE DU DEVIS
		00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# مركز أمراض الكلى وتصفية الدم المنضر العمويل

CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE BELLE VUE

Dr. Souiri Malika

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse

CU d'Oxyologie - Médecine d'Urgence

CU d'Echographie Générale

Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble



INPE CENTRE



090062845

د. الصويري مليكة

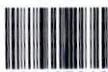
أخصائية في أمراض الكلى وتصفية الدم

شهادة جامعية في الطب الاستعجالي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

طبية داخلية سابقاً بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE



091197319

## Ordonnance

Casablanca, le

22/07/2020

27.50

- spesfon cp

14 x 3 j pot 50ml

40.10

- Metospasmyle gelule

1 gel x 2 j pot 50ml

53. P

- Relaxol cp 30mg

14 x 3 j pot 60ml

121.6

سبعينية النجاح  
PHARMACIE EN-NAJAH  
Cité Djemaa  
HEMODIALYSE BELLE VUE

Lot 161, Lottissement Belle Vue, Sidi Maârouf Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 78 07 62 - Fax : 05 22 97 42 54 - E-mail : dialysebellevue@gmail.com  
INPE : 091197319 - INP CENTRE : 090062845 - ICE : 000106579000066 - IF : 15265631

Dr. Malika Souiri  
Médecin Néphrologue  
Centre des Maladies du Rein  
et de Dialyse Belle Vue  
Tél. : 05 22 97 42 54  
INPE : 091197319 - INP CENTRE : 090062845  
Casablanca - Maroc

# Spasfon® 80 mg

## Comprimé enrobé

Phloroglucinol/Triméthylphloroglucinol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### COMPOSITION :

Phloroglucinol hydraté ..... 80.000 mg

Quantité correspondant en Phloroglucinol anhydre ... 62,233 mg

Triméthylphloroglucinol ..... 80 mg

Pour un comprimé enrobé

**Les autres composants sont :** lactose monohydraté, saccharose, acétate de polyvinyle, amidon de blé, acide stéarique, stéarate de magnésium, talc, gomme arabique, gélatine, dioxyde de titane (E 171), érythrosine (E127), cire de carnauba.

**Excipients à effet notable :** lactose, amidon de blé, saccharose

### FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé enrobé Boîte de 30

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

#### ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

(A: appareil digestif et métabolisme)

(G: système génito-urinaire)

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spastiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais Spasfon®, comprimé enrobé :

- en cas d'allergie à l'un des composants.
- en cas d'intolérance ou d'allergie au gluten, en raison de présence d'amidon de blé (gluten).

**EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### MISES EN GARDE SPECIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI:

#### Mises en garde

En raison de présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares). L'association de phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

#### Précautions d'emploi

**EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament, ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire. L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaita.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de cette notice ou les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

**Spasfon®** est un traitement symptomatique. La durée du traitement est variable en fonction de l'indication. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

#### Posologie

##### Chez l'adulte :

Prendre 2 comprimés par prise, trois fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 6 comprimés par 24 heures.

Les comprimés pourront prendre le relais d'un traitement d'attaque sous forme injectable, à la posologie maximale de 6 comprimés par 24 heures.

##### Utilisation chez les enfants

Cette présentation n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans.

Chez l'enfant de plus de 6 ans : 1 comprimé par prise, deux fois par jour, en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 2 comprimés par 24 heures.

Chez l'enfant de plus de 6 ans, il conviendra de s'assurer que les comprimés peuvent être avalés sinon une autre forme sera préférée.

##### Mode et voie d'administration

##### Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

### EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, Spasfon®, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet:

Manifestations cutanées et allergiques: éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

*Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.*

### CONDITIONS DE CONSERVATION :

Aucune condition particulière de conservation

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Ne pas utiliser Spasfon®, comprimé enrobé après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Date de la notice : Janvier 2018

على المولود. يجب التحدث

والمخاطر المحتملة

P.T. 19EU9  
PER.:10 2022

RELAXOL 500MG/2M  
CP B20  
P.P.V : 53DH10

6 118000 06083

محتوى على

**رولاكسول®** 500 ملغ/2 ملغ

نیار استامول / شوکولشیکوزید

- 6 -

يُخضع هذا الدواء لرقابة إضافية ستمكن من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة المرتبطة بالسلامة. يمكنك المساعدة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه يتم ملاحظته.

يرجع الاعلاظ بانتها على هذه النشرة بأكمالها قبل استعمال هذا الدواء.  
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. إذا كان لديك  
إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.  
هذا الدواء لا يشكل شفاعة، لا ينفع في علاج الحالات الشديدة، حتى في حال  
شأهادة، لأنك قد تسبب ضرر له. إذا أصبت أحد المثارات في المغروبات  
لا ينفع أبداً، بل قد يزيد في ضررها، فله بذلك في هذه النشرة، أخي الطبيب

١. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟  
ويوصى هذا الدواء في علاج تكميلي للتكلقات العضلية المؤلمة في العضلات والاحقاف لعدة من 16 سنة

٢. ما هي المعلومات الواجب عرّفتها قبل تناول رولاكسول؟  
لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك  
و/أو باراسيتوامول أو الأسمدة المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في  
نحوه) وقد تصبحين حمالة أو تعتقدين أنك حامل. إذا كنت من النساء  
تستعملين وسيلة لمنع الحمل. إذا كنت تعصرين، قصور كيسي.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

**احتياطات الاستعمال الخاصة:** يستعمل بخيطة في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات.

يُنطَبَّ ظهور نوبة اختلاجية توقف العلاج.  
في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة قد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول، كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكّد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية المنشوص بها (انظر فقرة "الجرعات").

**تهدیرات خاصة:** في حالة الإسهال، أخير الطبيب الذي قد يعيده ضبط العبرات.  
**في حالة آلام المعدة:** غلانيان، قي، آخر الطبيب.  
**اهتمام قماماً** ببرعمات العبرات وندة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء  
 بجرعة أكبر (أي 4 أقراص من رولاكسول) أو مدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن الملاوين المكونون  
 جسمك عندما تتناول ثيووكسيزوكسوزيد بجرعات مرتفعة قد تتسبب في إصابات في بعض  
 الحالياً (عدد غير عادي من العمليات). وقت الريحنة على ذلك خلال دراسات لدى  
 الحاليات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخطيرة.

# مركز أمراض الكلى وتصفية الدم **البنفسج الجميل** CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE **BELLE VUE**

**Dr. Souiri Malika**

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse  
CU d'Oxyologie - Médecine d'Urgence  
CU d'Echographie Générale  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble

INPE CENTRE



د. الصويري مليكة

أخصائية في أمراض الكلى وتصفية الدم  
شهادة جامعية في الطب الاستعجالي  
شهادة جامعية في الفحص بالصدري  
طبية داخلية سابقاً بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE



## Ordonnance

Casablanca, le

Hm = falah Ati ha 23/09/2000

- Xerius nyppe Aouay

I nyppe k phts you

Dr. Malika Souiri  
Médecin Néphrologue  
Centre des Maladies du Rein  
Centre de Dialyse Belle Vue  
INPE : 091197319 - INPE Centre : 090062845  
Tél : 0522 78 07 62

# مركز أمراض الكلى وتصفية الدم المنضر الجميل

CENTRE DES MALADIES DU REIN ET DE DIALYSE BELLE VUE

Dr. Souiri Malika

Spécialiste des Maladies des Reins et Dialyse

CU d'Oxyologie - Médecine d'Urgence

CU d'Échographie Générale

Ancienne Interne des Hôpitaux de Grenoble

INPE CENTRE



090062845



د. الصويري مليكة

أخصائية في أمراض الكلى وتصفية الدم

شهادة جامعية في الطب الإستعجالي

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

طبية داخلية سابقاً بمستشفيات غرونوبل بفرنسا

INPE



091197319

## Ordonnance

Casablanca, le

Hu. Falah Atiha

- Ust - Cetodrine
- Enzymome complex - Hu glycerel
- Acuproline - Nf - Chl
- FKBV

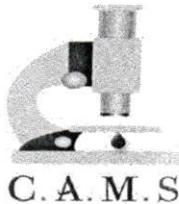


Dr. Malika Souiri  
Médecin Néphrologue  
Centre des Maladies du Rein  
et de Dialyse Belle Vue  
TÉL : 091197319 - INPE Centre : 090062845  
TEL : 05 22 78 07 62

HEMODIALYSE BELLE VUE : Lot 161, Lottissement Belle Vue, Sidi Maarouf, Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 78 07 62 - Fax : 05 22 97 42 54 - E-mail : dialysebellevue@gmail.com

INPE : 091197319 - INP CENTRE : 090062845 - ICE : 000106579000066 - IF : 15265631



C.A.M.S

**مركز التحاليل الطبية سباتة**  
**CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA**

Docteur Abdelwahab AL FATH  
 Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتاح  
 طبيب مخبرى

شارع ابريس العارشي - سباتة - الموريتاني  
 Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
 E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 200807-0008

Mme Atika FALAH  
 Prescription : Dr M SOUIRI  
 Date de l'examen : 07/08/2020



### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Chlore	B30	B
	Hémoglobine glycosylée A1c	B100	B
	Potassium	B30	B
	Sodium	B30	B
	Examen cytobactériologique des urines	B130	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Protéines totales	B40	B
	Bicarbonates	B30	B
	Urée	B30	B
	Numeration formule sanguine	B80	B
	CRP	B100	B
	Acide Urique	B30	B

Montant Facturé

650.25Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams vingt-cinq centimes



## **DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) : LATIFINE MUSTAPHA

Titulaire de la CIN : B 225 359

Matricule RAM : 09438-

Adresse domicile : JAMILA Rue 84 = N° 30  
Cité Fannouén Casab

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Monsieur ou FALAH AIK A  
Madame

Titulaire de la CIN : B 140 927

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou impôt sur les sociétés, au titre de l'année fiscale 2017.

Fait la présente déclaration suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à Casablanca le 10/09/2017 - 2020

Signature :





# مركز التحاليل الطبية سباتة

## CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتاح  
طبيب مخبرى

05 22 38 02 60 - 05 22 66 28 07 - شارع ابريس الحارش - سباتة - البيضاء -  
Patente N° : 33990016 - I.F. N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
Email : laboratoire.abata@gmail.com

Dossier N° : 200807-0008

Mme Atika FALAH

Né(e) le : 29/04/1965/ 55 ans

Prescription : Dr M SOURI

Date de l'examen : 07/08/2020



## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

Hématies	4.58	Millions/mm <sup>3</sup>	(3.80–5.40)
<b>HEMOGLOBINE</b>	13.7	g/dl	(12.5–15.5)
Hématocrite	42.3	%	(37.0–47.0)
V.G.M	92.4	μ3	(82.0–98.0)
T.G.M.H	29.9	pg	(27.0–32.0)
C.C.M.H	32.4	%	(32.0–36.0)
 <b>PLAQUETTES</b>	 360	Milliers/mm <sup>3</sup>	 (150–450)
 <b>LEUCOCYTES</b>	 7.20	Milliers/mm <sup>3</sup>	 (4.00–10.00)
Neutrophiles	49.4	%	(45.0–70.0)
	3.557	Milliers/mm <sup>3</sup>	(1.800–8.000)
Lymphocytes	<b>40.2</b>	%	(20.0–40.0)
	2.894	Milliers/mm <sup>3</sup>	(1.500–4.500)
Monocytes	7.7	%	(0.0–9.0)
	0.554	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.800)
Eosinophiles	1.9	%	(0.0–4.0)
	0.137	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.400)
Basophiles	0.8	%	(0.0–2.0)
	0.058	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.200)



**BIOCHIMIE SANGUINE**

**Hémoglobine glycosylée A1c** 5.54 % (4.40–6.20)  
 (Tech : HPLC)

<b>Glycémie à jeun</b>	0.99 g/l 5.50 mmol/l	(0.70–1.10) (3.89–6.12)
<b>Urée</b>	0.27 g/l 4.50 mmol/l	(0.17–0.43) (2.83–7.17)
<b>Créatinine</b> (Tech:Standard ID-MS)	4.9 mg/l 43.1 µmol/l	(4.5–9.5) (39.6–83.6)
<b>Acide Urique</b>	49.2 mg/l 292.7 µmol/l	(26.0–60.0) (154.7–357.0)
<b>Protéines totales</b>	73.6 g/l	(66.0–83.0)

**Normes interprétablives**

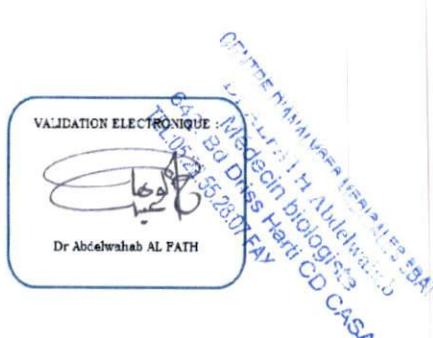
Adultes : 66 – 83 g/l  
 Enfants (1 mois – 18 ans) : 57 – 80 g/l  
 Nouveau – nés (1 – 30 jours) : 41 – 63 g/l

<b>Calcium</b>	94.3 mg/l 2.36 mmol/l	(88.0–106.0) (2.20–2.65)
<b>Bicarbonates</b>	26.1 mmol/l 26.1 mEq/l	(21.0–31.0) (21.0–31.0)
<b>Sodium</b> (Potentiométrie)	139.8 mEq/l 139.8 mmol/l	(135.0–145.0) (135.0–145.0)
<b>Potassium</b> (Potentiométrie)	4.4 mEq/l 4.4 mmol/l	(3.5–5.0) (3.5–5.0)
<b>Chlore</b> (Potentiométrie)	103.5 mEq/l 103.5 mmol/l	(95.0–108.0) (95.0–108.0)
<b>Protéine C-réactive (CRP)</b> (Tech :Immunoturbidimétrie)	2.1 mg/l	(<5.0)

La CRP est un marqueur de l'inflammation à cinétique RAPIDE:

- Elle augmente 6 à 7 heures après une agression
- Atteint son maximum au bout de 72 heures
- Retourne à la normale au bout d'une semaine

**Prélèvement réussi sans garrot**



## BACTERIOLOGIE

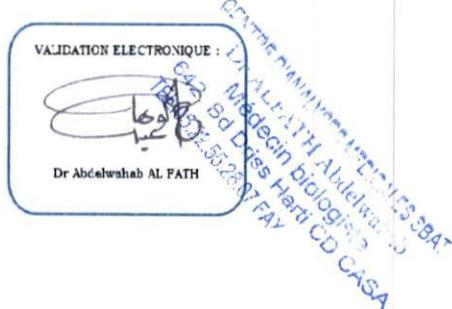
### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Clair  
Culot Minime

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes /mm3	1	(<10)
Hématies /mm3	8	(<10)
Cellules épithéliales :	Rares	
Germes	Absence	
Levures	Absence	
Trichomonas	Absence	
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	



**CULTURE**

C.L.E.D  
(Milieu polyvalent) Stérile

E.M.B  
(Milieu sélectif des BGN) Stérile

**CONCLUSION**

***Absence de signes biologiques d'infection urinaire***

**COMMENTAIRE**

**Normes interprétatives des résultats du dénombrement des germes et des leucocytes urinaires :**

-Leucocytes environ 0/mm<sup>3</sup> /Bactéries < 10 p5 UFC/ml :  
\* Pas d'infection

-Leucocytes environ 0/mm<sup>3</sup> /Bactéries >10 p5 UFC/ml :  
\* Contamination Refaire un ECBU  
\* Infection urinaire

-Leucocytes > 10/mm<sup>3</sup>/Bactéries > 10 p5 UFC/ml :  
\* Infection urinaire

-Leucocytes >10/mm<sup>3</sup>/Bactéries <10 p5 UFC/ml:  
\*Infection urinaire traitée  
\*Tuberculose rénale

\*Bactéries diluées:infection génitale/diurèse abondante  
\*Bactéries non multipliées: PH urinaire bas/recueil <4 heures  
\*Bactéries à multiplication lente  
\*Bactéries en amas=bacilles pyocyanique

NB:

-C.L.E.D:Cystine Lactose Electrolyt Déficient.  
-E.M.B :Eosine Bleu de Méthyléne.

**Compte-rendu complet**

