

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Rééducation :

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.

Prothésaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008341

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7395 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SAADI KARINA
Date de naissance :
Adresse : dkaina 2 royal air maroc Casablanca
Tél. : 661315304 Total des frais engagés : 3942 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX / 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 030169

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : DARKI KARIMA
Matricule : 7418 - Fonction : PNC - CCI - Poste :
Adresse : lot YOUSRA Immeuble 126 Apt 31maxFA
Tél. : 0661315304 - Signature Adhérent : [Signature] CASA

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DARKI KARIMA Age 02 | 05 | 66
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Covid (+)
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A _____, le _____ / _____ / _____
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. N. MARHOUM
Spécialiste en Médecine Interne
Maladies de Système

Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 030169

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/20 | FN | 110313 | 3942,05 | |
| 08/11/20 | C | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANT DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|
| | <table style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | 25533412 | H | 21433552 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 35533411 | B | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 | H | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | D | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | G | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | B | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANT DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

DAR KI KARIMA, Le: 08/11/2020

TAM thoracique

~~Dr. N. MARHOUM
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatologie
Maladies de Système~~

ORDONNANCE

DARKI KARIMA

, Le: 08/11/2020

ECG

~~Dr. N. MARHOUM
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatologie
Maladies de Système~~

ORDONNANCE

,Le: 08/11/2020

Darki Karima.

NFS + PG.

VS, Ferritinémie, CRP.

D. Dimères, LDT.

Glycémie

~~Dr. N. MARHOUM
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatologie
Maladies de Système~~

Ca:



2000270104 / H0120029315

Prénom : KARIMA

Nom : DARKI

DDN : 02/05/1968 E: 09/11/2020

Service : URGENCES (NA)

و ه
PAYANT
Sexe: F rce

ERC

المستشفى الجامعي الدولي الشيخ خليفة
Email: contact@icdm.hck.ma
Fax: 05 29 00 44 77
Tel: 05 29 03 53 45

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 110313 / 2020 du 09/11/2020

| | | | |
|-------------|---------------------|--------|------------|
| Nom patient | DARKI KARIMA | Entrée | 09/11/2020 |
| | PAYANTS | Sortie | 09/11/2020 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|-------------------|-----------------|
| - Consultation exclusive d'urgences hors déchocage | 1,00 | | 300,00 | 300,00 |
| - Scanner thoracique | 1,00 | | 1 500,00 | 1 500,00 |
| ECG | 1,00 | | 100,00 | 100,00 |
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B1700 | 2 040,00 | 2 040,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 3 940,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 2,05 | 2,05 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 2,05 |
| Total Clinique | | | | 3 942,05 |

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> | | |
| TROIS MILLE NEUF CENT QUARANTE-DEUX DIRHAMS CINQ CENTIMES | Total | 3 942,05 |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Administration

ANNEXE PHARMACIE

| | | |
|----------------------------|--------------------|------------|
| Nom patient : DARKI KARIMA | N° Facture 110 313 | 2000270104 |
|----------------------------|--------------------|------------|

| Produit | Quantité | Prix Unitair | Montant |
|---------------------------------------|----------|------------------------|-------------|
| COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5 | 1 | 1,21 | 1,21 |
| SERINGUE 10ML | 1 | 0,84 | 0,84 |
| Sous-Total consommable médical | | | 2,05 |
| | | | |
| | | Total pharmacie | 2,05 |

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Administration

Casablanca, le 09/11/2020

COMPTE RENDU

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOUT
Urgentiste

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme DARKI KARIMA Le : 09/11/2020

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Covid (+)

Patient(e) a bénéficié d'un

Traitement symptomatique

Bilan Biologique

Bilan Radiologique :

- Radio
- Echographie
- Scanner thoracique
- IRM
- Autres : ECG

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Mehdi Mohamed EL HABBOUT
Urgentiste

Coller Etiquette De BAF



2000270104 / H0120029315

Prénom : KARIMA

Nom : DARKI

DDN : 02/05/1968 E: 09/11/2020

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

.....
.....
.....

• RADIO STANDARD :

FACE

PROFIL

.....

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker

Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

[Handwritten signature]

[Blue stamp: Hôpital Cheikh Khalifa International, Urgences, Tel: 05 29 00 44 77, Fax: 05 29 03 53 45, Email: contact@hckm.hckm.ae]

[Blue stamp: Hôpital Cheikh Khalifa International, Urgences, Tel: 05 29 00 44 77, Fax: 05 29 03 53 45, Email: contact@hckm.hckm.ae]



Casablanca , le 09/11/2020

PATIENT : DARKI KARIMA
TDM THORACIQUE

RC : suspicion d'une pneumopathie virale type COVID19

TECHNIQUE : TDM Acquisition axiale par des coupes volumique en haute résolution sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

1- Verre Dépoli :

NON

2- Crazy Paving :

NON

3- Condensations :

NON

4- Signe du halo inversé :

NON

5- Bronchectasie de traction :

NON

6- Dilatation vasculaire en regard du foyer en verre dépoli :

NON

7- Distribution des lésions : RAS

| | | |
|--------------|-------------|--------|
| Périphérique | Postérieure | Basale |
| Unilatérale | Bilatérale | |

8- Pourcentage du poumon atteint : Absent

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| Absent | Minime (10%) | Modéré (10-25%) |
| Étendu (25-50%) | Sévère (50-75%) | Critique(75%) |

9- Anomalie en faveur d'autres affections : Non

Micronodules Condensations systématisées

Autres :

10- Signes associés :

- Anomalie du parenchyme sous-jacent : Non
- Epanchement pleural : Non
- Adénomégalie thoracique : Non
- Anomalie cardio-vasculaire : Non

TSVP



CONCLUSION :

- Aspect TDM non compatible avec une pneumopathie à COVID 19. Cet aspect est classé CORADS1

Évolution des lésions :

| | |
|----------------|---|
| 0-4 jours | * 50% normale. * Verre dépoli, Crazy Paving, atteinte de quelques lobes. |
| 5-8 jours | Extension du verre dépoli et du Crazy Paving. |
| 10-13 jours | Condensations. |
| Après 14 jours | Résolution progressive des lésions. |

CORADS : Degré de suspicion d'une infection au COVID 19 :

| | | |
|----------|--------------|--|
| CORADS 1 | NON | TDM Normale ou lésions non infectieuses (sarcoïdose, fibrose, tumeur..) |
| CORADS 2 | Faible | Anomalie en rapport avec d'autres infections (bronchiolites, aspect en bourgeon d'arbre...) |
| CORADS 3 | Indéterminée | Signes en faveur d'une infection, mais pas très évocateur du COVID 19 : verre dépoli focale, bronchopneumonie, pneumonie lobaire, embole septique...) |
| CORADS 4 | Élevée | * Verre dépoli unilatéral. Crazy paving unilatéral. * Condensations multiples sans lésion typique associée. |
| CORADS 5 | Très élevée | Aspect Typique : * Atteinte périphérique, bilatérale et basale. * Verre dépoli et Crazy paving : Atteinte Multifocale. * Verre dépoli et Condensations multifocales. * Signe du Halo inversé. Dilatation vasculaire. |
| CORADS 6 | PCR + | |

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430





Coller Etiquette De BAF

Nom et prénom

DARKI KARIMA

Casablanca le

: / ... /

09/11/2020

BILAN

BIOLOGIQUE

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

• Hémato/Hémostase :

NFS - Pq

Groupage - Rhésus

RAI

TP - TCK

INR

D-DIMERES

• Bilan Infectieux

CRP

VS

ECBU

Hémoculture

PCT

• Bilan Métabolique

Ionogramme sanguin

Urée - Créatinémie

Glycémie

• Bilan Hépto-pancréatique :

ASAT - ALAT

BC - BN - BT

Gamma GT

PA

LIPASEMIE

• Bilan cardiaque :

Troponines

BNP

Autres :

LDH
Troponine

Signature et caché du médecin

Des urgences
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Mohamed EL HABBOU
Urgentiste



Identifiant du patient : H0120029315

Date de naissance : 02/05/1968

Sexe : F

Date de l'examen : 09/11/2020

Prélevé le : 09/11/2020 à 11:56

Edité le : 09/11/2020 à 14:09

Mme DARKI KARIMA

Dossier N° : 20111380

Service : URGENCE



BILAN HÉPATIQUE

| | | | | |
|---|---|-------|-------|----------|
| TRANSAMINASES ASAT(SGOT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche) | : | 15.1 | UI/L | < 35 |
| TRANSAMINASES ALAT(SGPT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche) | : | 9.2 | UI/L | < 35 |
| LACTATE DÉSHYDROGÉNASE (LDH) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche) | : | 197 | UI/L | < 275 |
| FERRITINE SÉRIQUE (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche) | : | 75 | ng/mL | 13 - 150 |
| TROPONINE T ultrasensible (Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche) | : | <0.01 | ng/mL | < 0.14 |

< 0.14 : très faible probabilité d'un syndrome coronarien
0.14 à 0.50 : suspicion d'un syndrome coronarien aigu
> 0.50 : très forte probabilité d'un syndrome coronarien aigu
En cas de discordance avec la clinique, répéter le dosage.

GLYCÉMIE A JEUN : 0.97 g/L
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, hexokinase, Roche)

Consensus :

0.6 à 1 g/l : glycémie à jeun
1 g/l à 1.26 g/l : diminution de la tolérance au glucose
> 1.26 g/l : Diabète (observé sur 2 prélèvements distincts)

Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 14 77
 Email : contact@lfn.hcr.ma

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature
SIRINE FAHDE

Identifiant du patient : H0120029315
Date de naissance : 02/05/1968
Sexe : F
Date de l'examen : 09/11/2020
Prélevé le : 09/11/2020 à 11:56
Edité le : 09/11/2020 à 14:09

Mme DARKI KARIMA
Dossier N° : 20111380
Service : URGENCE



BIOCHIMIE SANGUINE

PROCALCITONINE : 0.020 ng/ml < 0.5
(Sang, technique immunologique par électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

< 0.5 ng/ml : Infection systémique peu probable
0.5 - 2 ng/ml : Risque modéré d'évolution vers une infection systémique sévère
2 - 10 ng/ml : Risque élevé d'évolution vers une infection systémique sévère
> 10 ng/ml : Probabilité élevée d'un sepsis sévère ou d'un choc septique

PROTÉINE C RÉACTIVE : 1.98 mg/l < 5
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, immunoturbidimétrie latex, Roche)

IONOGRAMME

CRÉATININE SANGUINE : 6.1 mg/L 5.1 - 9.5
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

SODIUM (Na⁺) : 139 mmol/l 136 - 145
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

POTASSIUM (K⁺) : 4.1 mmol/l 3.4 - 4.5
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

CHLORURES (Cl⁻) : 100 mmol/l 98 - 107
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Roche)

RÉSERVE ALCALINE : 23.6 mmol/L 22 - 29
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, enzymatique, Roche)

PROTEINES TOTALES : 77 g/L 64 - 83
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret, Roche)

CALCIUM : 93 mg/L 86 - 100
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

URÉE : 0.27 g/L 0.17 - 0.49
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Roche)

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature
SIRINE FAHDE

Spécialités

*Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal*

*Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique*

Identifiant du patient : H0120029315

Date de naissance : 02/05/1968

Sexe : F

Date de l'examen : 09/11/2020

Prélevé le : 09/11/2020 à 11:56

Edité le : 09/11/2020 à 14:09

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

| | | | | |
|------------------------|---|------|------|-------|
| Témoin | : | 29.2 | sec. | |
| Sujet | : | 28.4 | sec. | |
| TCA sujet / TCA témoin | : | 0.97 | | < 1.2 |

D DIMERES COMPLET

(Technique immunoenzymatique / MiniVidas)

| | | | | |
|-----------|---|---------|-------|-------|
| Recherche | : | Négatif | | |
| Titre | : | 301.59 | ng/ml | < 500 |

Mme DARKI KARIMA

Dossier N° : 20111380

Service : URGENCE



Hospital Charki Karimaun Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 39 08 44 17
 E-mail: contact@cm.fck.ma
 N° d'App 09 00 00 00

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature
SIRINE FAHDE

Identifiant du patient : H0120029315
Date de naissance : 02/05/1968
Sexe : F
Date de l'examen : 09/11/2020
Prélevé le : 09/11/2020 à 11:56
Edité le : 09/11/2020 à 14:09

Mme DARKI KARIMA
Dossier N° : 20111380
Service : URGENCE



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

| | | | | | |
|-------------|---|------|---------------------|--|-------------|
| Hématies | : | 4.68 | 10 ¹² /l | | 3.8 - 5.9 |
| Hémoglobine | : | 13.6 | g/dl | | 11.5 - 17.5 |
| Hématocrite | : | 43.0 | % | | 34 - 53 |
| VGM | : | 91.9 | fl | | 76 - 96 |
| CCMH | : | 31.6 | g/dl | | 31 - 36 |
| TCMH | : | 29.1 | pg | | 24.4 - 34.0 |

LIGNÉE BLANCHE

| | | | | | |
|-----------------|---|------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Leucocytes | : | 6.27 | 10 ³ /mm ³ | | 3.8 - 11.0 |
| P. Neutrophiles | : | 61.3 | % | 3.84 10 ³ /mm ³ | 1.4 - 7.7 |
| P. Eosinophiles | : | 0.8 | % | 0.05 10 ³ /mm ³ | 0.02 - 0.58 |
| P. Basophiles | : | 0.6 | % | 0.04 10 ³ /mm ³ | < 0.11 |
| Lymphocytes | : | 30.9 | % | 1.94 10 ³ /mm ³ | 1.0 - 4.8 |
| Monocytes | : | 6.4 | % | 0.40 10 ³ /mm ³ | 0.15 - 1.00 |

PLAQUETTES

| | | | | | |
|------------|---|-----|----------------------------------|--|-----------|
| Plaquettes | : | 167 | 10 ³ /mm ³ | | 150 - 445 |
|------------|---|-----|----------------------------------|--|-----------|

HEMOSTASE

Echantillon primaire: Plasma citraté

TAUX DE PROTHROMBINE

(Chronométrie - photométrie / STAGO Compact Max)

| | | | | | |
|----|---|------|------|--|----------|
| TQ | : | 11.4 | sec. | | |
| TP | : | 100 | % | | 70 - 100 |

TEMPS DE CÉPHALINE ACTIVE

Ne pas diffuser au patient
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 09/11/2020 à 14:09

Signature
SIRINE FAHDE

Hôpital Ibn Nafis
 Email: contact@icdm.hcl.ma
 No tél: 05 29 00 44 77
 Fax: 05 29 03 53 45

FC: 69/min

Axes:

RYTHME SINUSAL

P 59 °

ECG NORMAL

Intervalles:

QRS 52 °

5.79

74 ms

T 64 °

RAPPORT NON-CONFIRME



2000270104 / H0120029315

Prénom: KARIMA

Nom: DARKI

DDN: 02/05/1968 E: 09/11/2020

Service: URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

36 ms

P (II) 0.18 mV

50 ms

S (U1) -0.77 mV

30 ms

R (U5) 1.27 mV

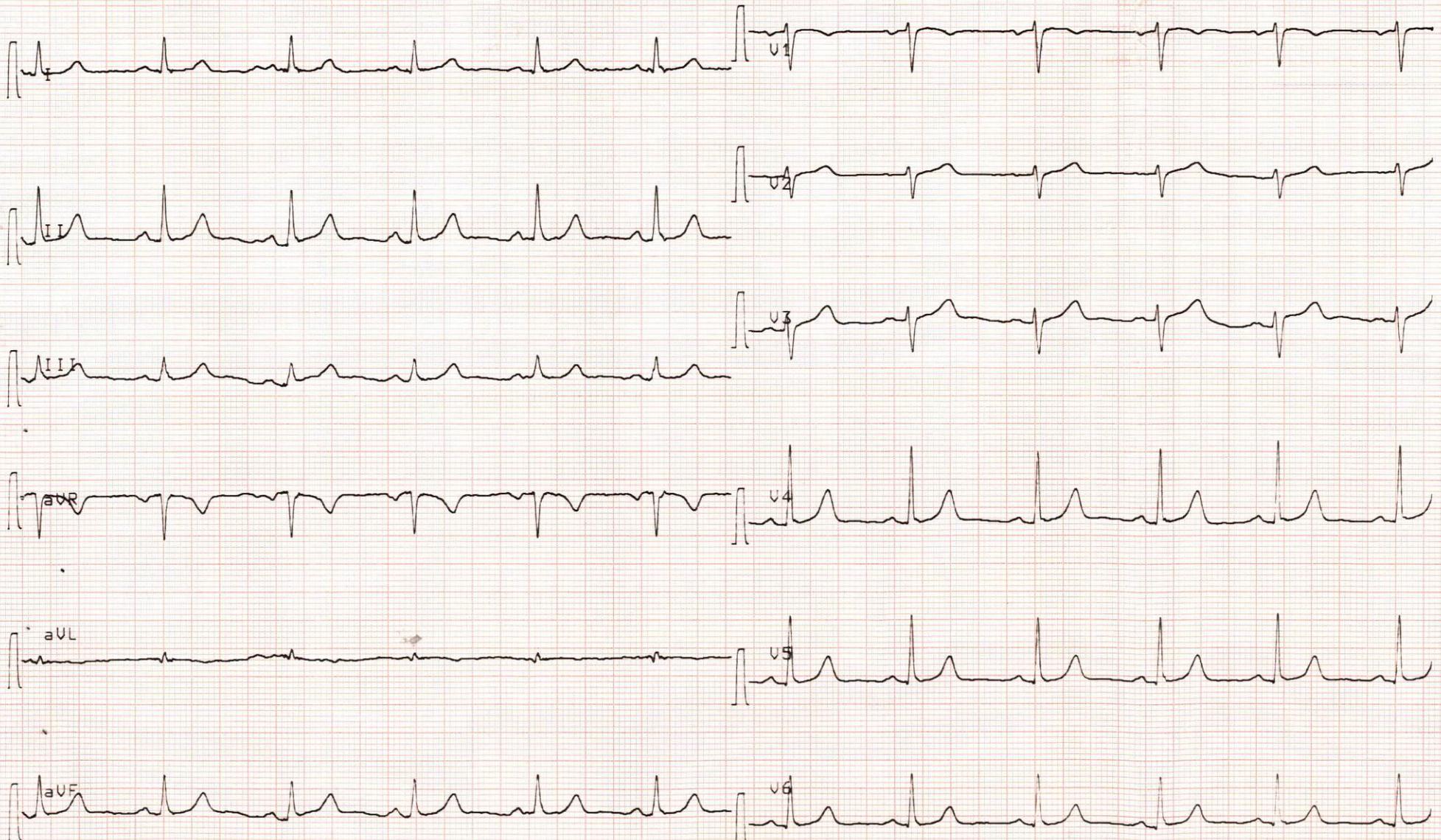
30 ms

Sokol. 2.04 mV

19 ms

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz F50 SSF S85 LU 09-NOV-20 11:46:12

PT: 02 1.37 Cm