

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.

Dentaire :

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° M21- 0011109

68 791

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6136 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : EL MORTANI LAILA

Date de naissance : 05/08/1963

Adresse : 12, Rue au Aouda DARSAHAM II Apt 7

Rocine Casablanca

Tél. : 0661069518 Total des frais engagés : 2077,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/02/2021

Nom et prénom du malade : EL MORTANI LAILA 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 : Casablanca Le : 17/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/08/2021 | C3 | 400,- | 700,- | Dr. BENCHALAL OPHTHOLMISTE - AGENCE D'OPTIQUE CABINET OPTIQUE ALBAIDA - O.F.A.C.A.L.E. 58, Bd R. el-Hadi Ph. de la Fraternité - CASABLANCA - |
| | Keo + Keo / 2 | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE ALBAIDA Dr. Samir OSMAN 496, P. Hay Khalid Ben M'sick - Casablanca - Tel: 0522 37 27 95 | 17/8/21 | 195,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE OSMAN Résidence BENBLANCA Maârif - CASABLANCA Tel: 0522 25 13 29 - Fax: 0522 25 22 22 www.laboratoireosman.com | 06.04.21 | B547+P | 788,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

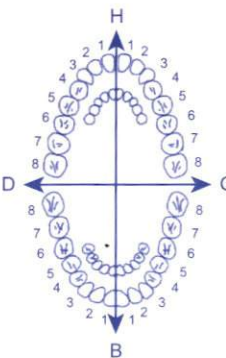
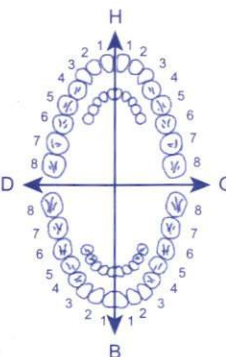
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

RELEVÉ 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 canalaires, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le في الدار البيضاء,

17/02/2021

ELMORJANI Laila

1) ANTIBIOSYNALAR 5 Gttes 3 fois/J pdt 15J

2) EFLOXIN 1 CP PAR JOUR PDT 7 JOURS

3) BAYCUTENE Pommade 1 Application 1 Fois/J dans les 2 oreilles
1 MOIS AU COTTON-TIGE

4) EFFIPRED 20 CP EFFERVESCENTS 3 CP LE MATIN DANS 1/2
VERRE D 'EAU PDT 4 JOURS

Professeur BENGHALEM

Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd Rachidi Place de la Fraternité
- CASABLANCA -

PHARMACIE ALBAIDA
صيدلية البيضاء
Dr. Samir OSMAN
496, Bd Maqdad Lahrizi - Hay Khalid
Ben M'sick - Casablanca / Tél: 0522 37 27 95

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 01 / 05 22 48 60 00 - الفاكس : 05 22 26 99 42

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42

E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com

EFFIPRED®

(Prednisolone)

PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg

Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg

Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.

- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.

- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)

- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium

- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg de sodium par comprimé à 5 mg).

- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 08/2023
LOT 06025 4



Baycutène® N

Crème

Formes et présentations

Baycutène® N crème : tube de 15 g de crème pour application locale.

Composition

Baycutène® N, crème pour application locale.

100 g de crème contient 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de dexaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.

Classe Pharmaco-thérapeutique

Association d'un corticostéroïde et d'un antifongique imidazolé à large spectre d'action.

Anti-eczémateux.

Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique ou à l'un des autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
- Varicelle
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péribuccale,
- *Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,*
- *Durant le premier trimestre de la grossesse*

Pendant le reste de la grossesse ainsi que pendant l'allaitement, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur de grandes étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas être appliqué sur le sein allaitant.

LOT :

PER :

PPV :

22, 70

ANTIBIO-SYNALAR

Gouttes auriculaires

Flacon de 10 ml

Acétionide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

| | |
|----------------------------|--------------|
| Acétionide de fluocinolone | 0,025 g |
| Sulfate de polymyxine B | 1 000 000 UI |
| Sulfate de néomycine | 350 000 UI |

Pour 100 ml de solution.

Excipients: Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.

Excipient à effet notoire: Phénylmercure

FORME PHARMACEUTIQUE:

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdifier le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

- Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.
- Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.
- Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.
- Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.
- Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.
- Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre au médicament d'atteindre l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer un ruissellement des gouttes le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille, diminuant ainsi l'efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

À la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé.

Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une le soir.

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses indiquées. Votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. La persistance de la fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Arrêter le traitement sans effet sur cette impression et retarder la guérison.

ANTIBIO SYNALAR

19,40



الدكتور عبد الحميد بنغاليم

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le في الدار البيضاء، في 17 FE. 2021

RECU

Nom : ELMORJANI LAILA

Examen : Consultation + Audiogramme+
Impédance métrie

Cotation : C3 + K20+K20/2

Prix : 400,00DH + 700,00 DH

Total : 1100 ,00 DH
(Mille Cent Dirhams)

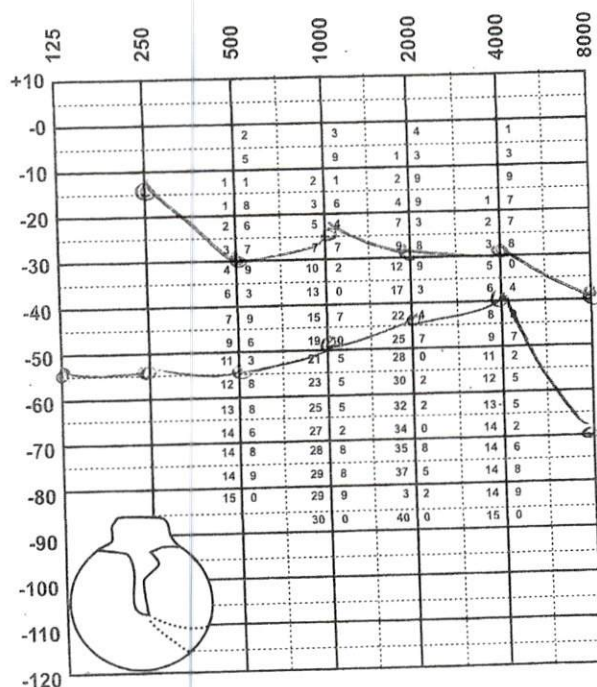
Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd Rachidi Place de la Fraternité
- CASABLANCA -

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Watsapp : 06 56 5

E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057



PERTE AUDITIVE

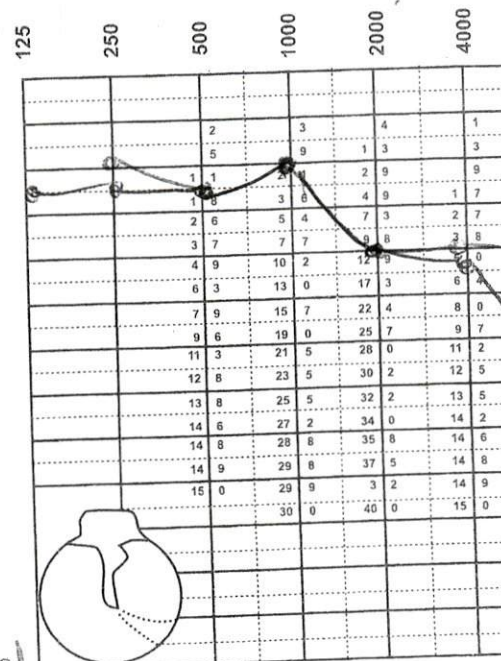
| | O.D. | O.G. |
|--------|------|------|
| 500 | | |
| 1000 | | |
| 2000 | | |
| 4000 | | |
| Totaux | | |

BO X 7 =
MO X 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

8

ASSOCIÉS O'Gaudin

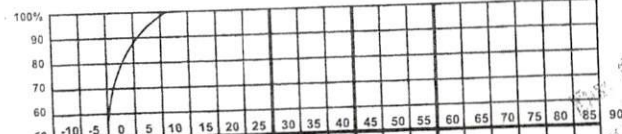


Bing

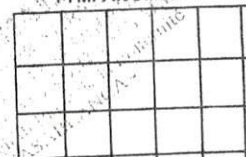
Bing

Bing

TYMPANOMETRE OD



TYMPANOMETRE OG



128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom ELNOBJAN Prénom CARA
 Age Profession
 Adresse
 Date 17/02/2021

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Traitement chirurgical
 Date :
 Côté
 Type de l'intervention :

Casablanca, le 12 7 FEV 2021 في الدار البيضاء،

M^r - ~~Mme~~ - Enfant :

- ☒ NFS
☒ UREE GLYCEMIE + IONOGRAMME
☒ BILAN D'HEMOSTASE
☒ GROUPE
☐ V.S.
☐ ASLO
☐ IDR A LA TUBERCULINE
☐ T3, T4, TSH.US
☐ THYROGLOBULINE
☐ BILAN PHOSPHOCALCIQUE
☐ BILAN HEPATIQUE
☐ BILAN LIPIDIQUE
SEROLOGIE

ADFK 1914
LABORATOIRE
Résidence BENGHALEM
Maarif CASABLANCA
Tél: 0522.25.13.29 - Fax: 0522.25.12.2
www.laboratoirebenghalem.com

Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58 Bd Rachidi - Place de la Fraternité
CASABLANCA
Tél: 0522 48 60 00 - 0522 48 63 65

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 01 / 05 22 48 60 00 - الفاكس : 05 22 26 99 42
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42
E.mail : benghalem@benghalem.ma

Laboratoire Osman

Analyses médicales

Rés. Benomar: 21, rue Abou Abdellah Nafii - Maârif-CASABLANCA

Tél.: 0522.251329 / 0522.251222 Fax: 0522.251222

IF 40704810

PATENTE 35701216

CNSS 1159715

RC 188604

ICE 001664600000071

E-mail : faridosman@menara.ma

Site web: www.laboratoireosman.com

Facture No: 2262



ICE 001664600000071

**Horaires continus: 8h à 17h
Samedi : 8h à 12h 30**

Date: 06/04/2021

Organisme:

Nom et Prénom: EL MORJANI LAILA

Code 00619

Référence: IDFK1914



Médecin: BENGHALEM ABDELHAMID

Analyses demandées

NFP=B82 URE=B30 GLS=B45 SOS=B30
POS=B30 CAS=B40 CLS=B30 PRS=B30
RAL=B50 TPR=B49 TCK=B50 GSG=B60
PC1=B21

Net à payer : 782.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SEPT CENT QUATRE VINGT DEUX Dhs 00 Cts

LABORATOIRE OSMAN
Résidence BENOMAR
Maârif - CASABLANCA
Tél: 0522.25.13.29 - Fax: 0522.25.12.2
www.laboratoireosman.com



Casablanca le 06/04/2021

Prélèvement du 06/04/2021

Mme EL MORJANI LAILA

Organisme

Référence: 1DFK1914

IPP: 00619

Code Patient 00619



Médecin: Dr. BENGHALEM ABDELHAMID

page 1/2

HEMATOLOGIE

val. usuelles

GROUPE SANGUIN.....: O Rhésus positif**NUMERATION GLOBULAIRE**

valeurs usuelles

| | | | | |
|----------------------|--------|-------|---------------------|----------------|
| Globules rouges..... | 4.3 | M/mm3 | (3.8 à 5.8) | 4.25 (14/11/ |
| Hemoglobine..... | 13.4 | g/dl | (11.5 à 16.5) | 13.3 (14/11/ |
| Hematocrite | 40 | % | (37 à 47) | 39.1 (14/11/ |
| V.G.M | 93. | μ3 | (80 à 97) | 92. (14/11/ |
| T.C.M.H..... | 31. | pg | (27 à 32) | 31. (14/11/ |
| C.C.M.H..... | 34. | % | (32 à 36) | 34. (14/11/ |
| Plaquettes | 282000 | /mm3 | (150.000 à 400.000) | 276000 (14/11/ |
| Globules blancs..... | 4000 | /mm3 | (4.000 à 11.000) | 4700 (14/11/ |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|----------------------------------|------|--------------------|---------------|------------------|
| Polynucléaires neutrophiles..... | 62 % | Soit...: 2480./mm3 | (2000 à 7500) | 70%Soit. (14/11/ |
| Polynucléaires éosinophiles..... | 2 % | Soit...: 80.. /mm3 | (< à 400) | 2%Soit. (14/11/ |
| Polynucléaires basophiles..... | 0 % | Soit...: 0. /mm3 | (< à 400) | 0%Soit. (14/11/ |
| Lymphocytes..... | 32 % | Soit...: 1280./mm3 | (1500 à 4000) | 23%Soit. (14/11/ |
| Monocytes | 4 % | Soit...: 160. /mm3 | (200 à 800) | 5%Soit. (14/11/ |

MORPHOLOGIEGlobules rouges.....: normaux
Plaquettes.....: normales**Farid Osman**
Directeur



Casablanca le 06/04/2021

Prélèvement du 06/04/2021

Mme EL MORJANI LAILA

Organisme

Référence: 1DFK1914

IPP: 00619

Code Patient 00619



Médecin: Dr. BENGHALEM ABDELHAMID

page 2/2

BIOCHIMIE - EXAMEN DE SANG

| | | | | |
|-----------------------|--------|--------|---------------|-----------------|
| Urée..... | : 0.26 | g/l | (0.16 à 0.43) | 0.45 (14/11/17) |
| Glycémie..... | : 0.98 | g/l | (0.70 à 1.15) | 0.87 (14/11/17) |
| Sodium..... | : 137 | mmol/l | (135 à 155) | 142 (15/10/08) |
| Potassium..... | : 3.9 | mmol/l | (3.6 à 5.5) | 4.1 (15/10/08) |
| Calcium..... | : 101 | mg/l | (88 à 106) | 103 (22/11/12) |
| Chlore..... | : 96 | mEq/l | (98 à 110) | 100 (15/10/08) |
| Protides..... | : 68 | g/l | (66 à 83) | 67 (15/10/08) |
| Reserve alcaline..... | : 24 | mEq/l | (22 à 29) | 27 (15/10/08) |

HEMOSTASE**TAUX DE PROTHROMBINE**

| | | | |
|-----------------------|------|-----|-------------|
| Temps du témoin..... | : 13 | sec | |
| Temps du patient..... | : 14 | sec | |
| TP..... | : 90 | % | (70 à 100%) |

PATIENT SOUS AVK :

I.N.R..... : 1.1

INTERPRETATION

| | |
|--|-----------|
| . Prévention d'une thrombose veineuse | (2 à 3) |
| . Prévention d'une thrombose veineuse récidivante | (2 à 4) |
| . Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires | (2 à 4) |
| . Prévention d'une thrombose artérielle | (3 à 4.5) |
| . Valves cardiaques, mécaniques | (3 à 4.5) |

TEMPS DE CEPHALINE-KAOLIN

| | | | |
|-------------------------|------|-----|------------------|
| Témoin..... | : 31 | sec | |
| Patient..... | : 31 | sec | |
| Ratio patient/témoin... | : 1 | | (<1.1 ; cible=1) |

Valeurs usuelles : allongement inférieur à 8 sec par rapport au témoin