

CONFIDENTIEL



(À renseigner par l'adhérent)

Cette fiche de renseignement remplie d'après les indications données par l'adhérent, ne pourra être communiquée qu'aux personnes astreintes au secret médical.

En respect de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

NOM : DOUITI PRENOM : FOUAD

Date de naissance : 18/14/1960 Lieu de naissance : Marrakech

### Situation familiale :

Marié/Mariée

## Célibataire

## Veuf/Veuve

Divorcé/Divorcée

GSM: 0661 35 25 85

Adresse: LOT A.L. FATH II NR. 65 Sidi Makhlouf - Lebanon  
Armenian  
Armenia

C.P.S.A. BLANCA Tél : 0661 352585

Matricule : 8550 Fonction : Retraite

Date de la dernière cotisation : du ..... au .....

\*Documents à fournir :

Attestation de scolarité et déclaration légalisée de célibat pour les enfants âgés de > 21 ans et < 26 ans

### Attestation de non remariage (veuf/veuve)

Attestation de non-imposition fiscales (conjoint) si n'est pas fournie auparavant, le cas échéant fournir la déclaration annuelle légalisée

le 03 108  
10

Accord de  
rénégociation  
du 15/5/1983

03/08/02  
AVB favorable  
  
~~03/08/02 David~~ 

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieurs / infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint <i>Aziz KHADIGA</i>	R.A.S	R.A.S
1 er enfant à charge <i>Doujji Med Amine</i>	R.A.S	R.A.S
2 -ème enfant à charge <i>Doujji El MENDI</i>	R.A.S	R.A.S
3 -ème enfant à charge <i>Doujji Othmame</i>	R.A.S	R.A.S
4 -ème enfant à charge		

## ANTECEDENTS PERSONNELS

### 1. Avez-vous eu des maladies professionnelles ?

 Oui 

 Non 

Lesquelles ? .....

### 2. Avez-vous eu des maladies ?

	Oui	Non		Oui	Non
- Allergie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Artérielle		
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Articulation et Squelette	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Autres : ....	<i>R.A.S</i>		- Mентales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lesquelles :					



**3. Avez-vous pris des médicaments ?**

 Non 

 Oui 

Lesquels : .....

**4. Avez-vous subi des examens de sang ou des radiographies :**

 Non 

 Oui 

:

DATE	NATURE	RESULTATS

**5. Présentez-vous les signes suivants :**

Oui

Non

Oui

Non

- Vomissements



- Vertiges



- Toux



- Eternuements



- Crachats



- Mal de tête



- Essoufflements



- Mal dus dos



 - Difficultés  
 de respirer



- Diarrhée



- Brûlures des urines



- Constipation



-AUTRES : .....

*R. A. S*

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : ..... Nombre de Fausse-couches : .....

**6. Avez-vous eu une affection O.R.L (Nez, gorge, sinus, oreilles) :**

 Non 

 Oui 

:

Laquelle : .....

**7. Avez-vous eu des crises nerveuses ou psychiques ?**

 Oui 

 Non 
**8. Avez-vous eu des pertes de connaissances ?**

 Oui 

 Non

**9. Avez-vous eu des accidents du travail ?**

 Non 

 Oui 

DATES	LESIONS	IPP EN %

**10. Avez-vous eu des blessures ?**

 Non 

 Oui 

Dates et natures : .....

**11. Avez eu subi des interventions chirurgicales ou avez-vous été hospitalisé en clinique ou à l'hôpital ?**

 Non 

 Oui 

Dates ..... ; Nature : .....

**12. Avez-vous été vacciné à l'enfance selon le Programme National d'Immunisation :**

 Oui 

 Non 

À l'âge adulte :

 Tétanos  Hépatite  Méningite  Typhoïde  Fièvre jaune

**13. Avez-vous reçu une transfusion sanguine :**

 Oui 

 Non 
**14. Avez-vous reçu une désensibilisation (allergie) :**  
 Oui  Non   
 Laquelle : .....

**15. Pratiquez-vous une activité sportive ?**

 Oui 

 Non 

Je déclare exactes et sincères les réponses ci-dessus. Je certifie notamment que les personnes pour lesquelles aucune infirmité ou maladie n'a été déclarée sont à ma connaissance en bonne état de santé à ce jour.

 Fait à .... CASABLANCA ...., le ....

27/07/2022

Signature de l'adhérent :

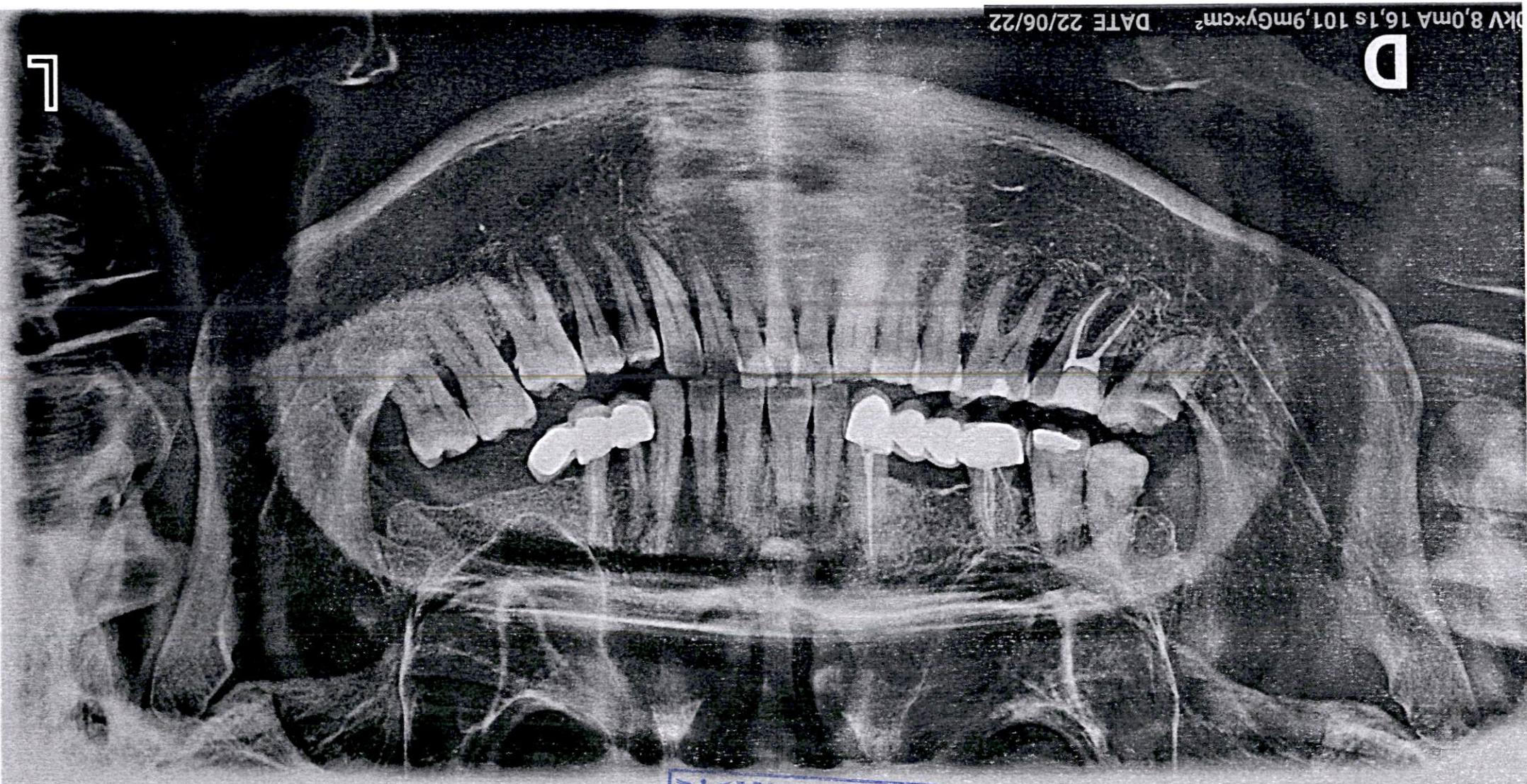





DKV 8,0MA 16,1S 101,9mGy/cm<sup>2</sup> DATE 22/06/22

D

L





*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr. N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

RADIO PANORAMIQUE

DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR

ET ENERGIE

ET ENERGIE

22/06/2022

**PATIENT****: Mr.DOUIJI FOUAD****EXAMEN(s) REALISE(s) : RX THORAX FACE****Cher Docteur,****Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.**

### Rx THORAX FACE

- ❖ Transparency pulmonaire homogène.
- ❖ Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie hilaire.
- ❖ Culs de sac pleuraux libres.

### AU TOTAL

**Image thoracique normale.**

**Confraternellement  
DR N.FARIS**





**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 22/06/2022

**PATIENT : Mr. DOUIJI FOUAD**  
**EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE**

**Cher Docteur,**  
**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

**Rx PANORAMIQUE DENTAIRE**

**Examen fourni sur film, papier et DVD**

- ❖ ATM normales.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse .
- ❖ Absence d'anomalie péri radiculaire.

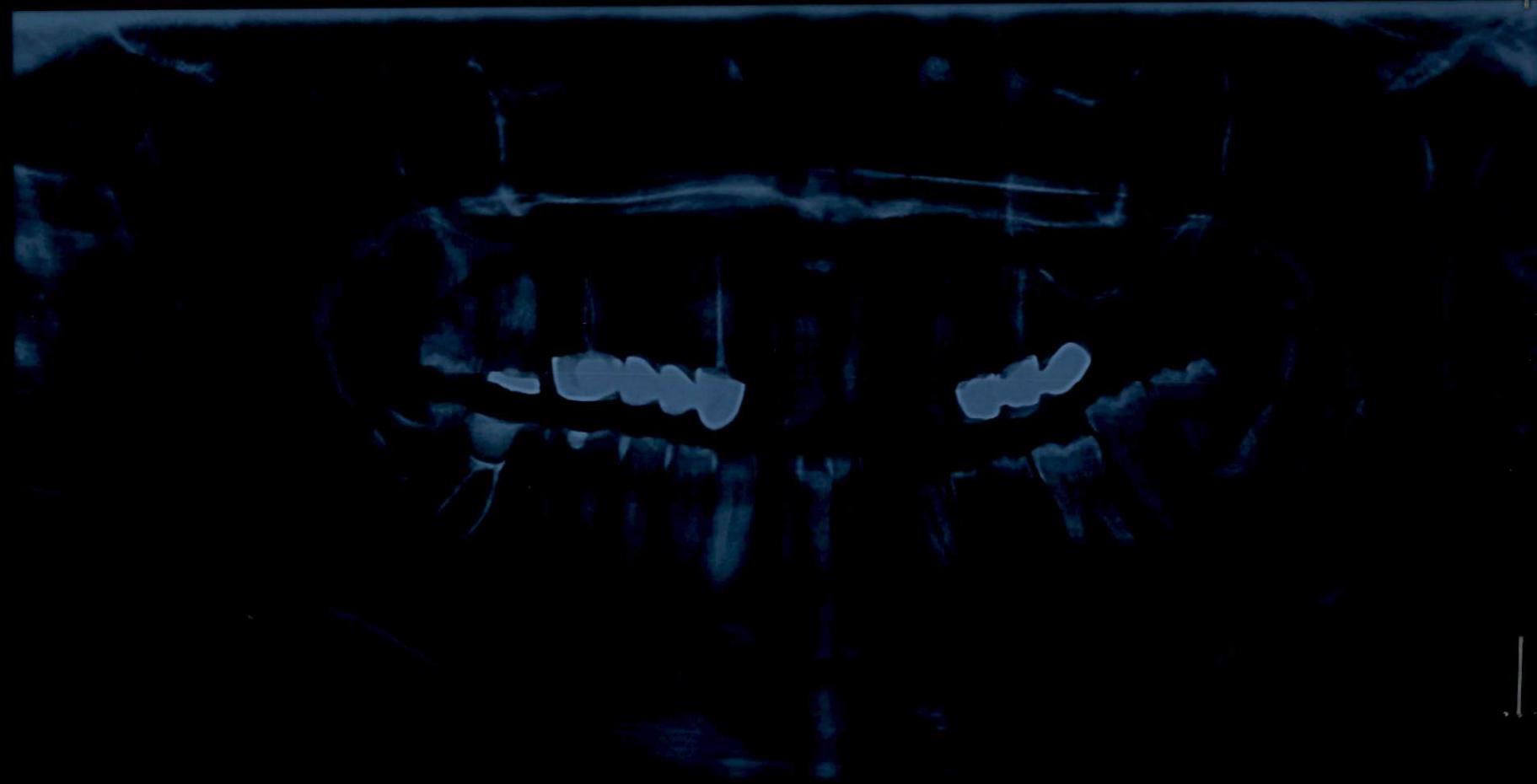
**Confraternellement**  
**DR N.FARIS**



10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca - Tél.: 05 22 90 10 10 - 05 22 90 07 07 - Whatsapp : 07 61 51 24 31  
 e-mail : radiologiehayhassanianfa@gmail.com - PATENTE : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022

DOUIJI FOUAD 18/04/60  
ID 23506

RADIOLOGIE HAY HASSANI



22/06/22 66.0kV 8.0mA 16.16 101.9mGy/cm