

MLE-4615



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code: M02FR04

Version: 01

Date: 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KIWANI DUAFAA
Matricule :	N° CIN : H 10863
Adresse :	Rue Kadi BAKKAR, Residence Mansour, Imm: E, 3 ^{ème} étage - Apt: 2
Bénéficiaire de soins :	☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	V. CAHNA Spécialité : HEPATOLOGIE
N° ICE :	N° INPE : RDPS 1000 22 64 241
Certifie que Mlle, Mme, M. :	KIWANI, DUAFAA 02/02/1961
Nécessitant un traitement d'une durée :	☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ > 6 mois
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
TRANSPLANTATION du FIEF pour le 12/09/2022	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	SOLUDACT, MYFORDIC, ENMARS, GECOUADIN, ci n'ie, V. CAHNA, M. D. D. D. D.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Le 24/05/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	Unité de Consultation de Transplantation Hépatique RdC - Aile Est (UR 2107-2108) Hôpital Claude H. Aiz - CHRU Lille 59037 - Lille Cedex 03 20 44 43 45 - Fax 03 20 44 45 05

* Cette déclaration est transmissible aux fins

En application de la loi 49-9 relative à la protection des données à caractère personnel. MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées.