

MLE-70001



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR1FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Officier de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Prescrit par :

Spécialité :

CE :

N° INPE :

Identifie que Mlle, Mme, M. :

Recevant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☒ Entre 3 et 6 mois

☒ À vie

Éléments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

GAT = 2105 g/l, HbA1c = 8,33%
TA = 141/95 mmHg

En pièce-jointe ordonnance :

Prescrit :

Diamicron Gomp 1cp et 3/2cp/j + gentamicine 215mg/350mg
Losartan GT 50mg 4/2cp/j

Je certifie les informations ci-dessus sincères et véritables

à Casa le 12/4/2023

et signature du médecin traitant :

Dr. JOURDI Mouna
Spécialité : Endocrinologie et Nutrition
N° 223
106

Conformément de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées