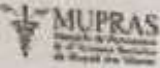


MLE-4615

	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS	code : PR2FR04
		Version : 01
		Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	KINANI DUAFIA
Matricule :	N° CIN : H 10863
Adresse :	Rue Kadi BAKKAR - Residence Mansour, Imme. 3 ^{ème} étage - Apt. 2
Bénéficiaire de soins :	☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	V. CANA
N° ICE :	N° INPE : RDPS 1000 22 64 241
Spécialité :	HEPATOLOGIE
Certifie que Mlle, Mme, M. :	KINANI DUAFIA 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 HEPATIQUE le 12/09/2022	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	SOLUDER MYFORD ENAFER GECUADIN à 1/1 V. CANA à 1/1 à 1/1
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Lille le 24/05/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
Unité de Consultation de Transplantation Hépatique RdC - Aile Est (UF 2107-2108) Hôpital Claude Huriez - CHRU Lille 59037 - Lille Cedex 03 20 44 43 45 - Fax 03 20 44 45 06	

* Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 95-10 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées