

CONFIDENTIEL

m^l
1312

(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 : KECHAR PRENOM : Latifa

Date de naissance : 01/01/1949 Lieu de naissance : TAZA

Situation familiale :

- ☐ Marié/Mariée
☐ Célibataire
☐ Veuf/Veuve
☒ Divorcé/Divorcée

GSM : 06 32 71 23 42

Adresse : Résidence du Sub n° 16 Appartement n° 11 3ème

étage bd 9 Avril Palmier Tél :
casablanca

Matricule : 1312 Fonction : Retraitée

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

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nom et prénom	Maladies antérieurs / infirmités	Opérations chirurgicales
Conjoint	/	
1 er enfant à charge	/	
2 -ème enfant à charge	/	
3 -ème enfant à charge	/	
4 -ème enfant à charge	/	

ANTECEDENTS PERSONNELS

1. Avez-vous eu des maladies professionnelles ?

 Oui ☐

 Non ☒

Lesquelles ?

2. Avez-vous eu des maladies ?

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Allergie</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Asthme</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Diabète</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Des oreilles</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Articulation et Squelette</td> <td style="text-align: left;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Rénales</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Dermatologique</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Du foie</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- De la thyroïde</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Gynécologiques</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Autres :</td> <td></td> </tr> </table>	Oui	Non	- Allergie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Asthme	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Diabète	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Des oreilles	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Articulation et Squelette	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Rénales	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Dermatologique	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Du foie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- De la thyroïde	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Gynécologiques	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Autres :		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Oui</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Non</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Hypertension Artérielle</td> <td style="text-align: left;"><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Tuberculose</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Du sang</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Du cœur</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Des sinus + Nez</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Des yeux</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Syphilis</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Cancer</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- SIDA</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Mentales</td> <td style="text-align: left;"><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Oui	Non	- Hypertension Artérielle	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Du sang	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Du cœur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Des yeux	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Syphilis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Cancer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- SIDA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	- Mentales	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non																																														
- Allergie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Asthme	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Diabète	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Des oreilles	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Articulation et Squelette	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																														
- Rénales	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Dermatologique	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Du foie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- De la thyroïde	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Gynécologiques	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Autres :																																															
Oui	Non																																														
- Hypertension Artérielle	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																														
- Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Du sang	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Du cœur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Des sinus + Nez	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Des yeux	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Syphilis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Cancer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- SIDA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														
- Mentales	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																																														

Lesquelles :

3. Avez-vous pris des médicaments ?

Non ☐

Oui ☒

Lesquels : traitement PREZAR 5mg (tension)

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

Non ☐

Oui ☒ :

DATE	NATURE	RESULTATS
2021	bilan général	bons dans l'ensemble
2022 + 2023	" "	" "

5. Présentez-vous les signes suivants :

	Oui	Non		Oui	Non
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Toux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Eternuements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Crachats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal de tête	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Essoufflements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Mal dus dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Difficultés de respirer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Brûlures des urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	- Constipation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

-AUTRES :

-Pour les femmes, vos règles sont :

Nombre de grossesse : 4 Nombre de Fausse-couches : 2

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 %
En pleine activité les années 2000 - chute des escaliers -		

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 : 2021 ; Nature : Prothèse totale de la hanche droite
Anémie

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 ☐

marche

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.

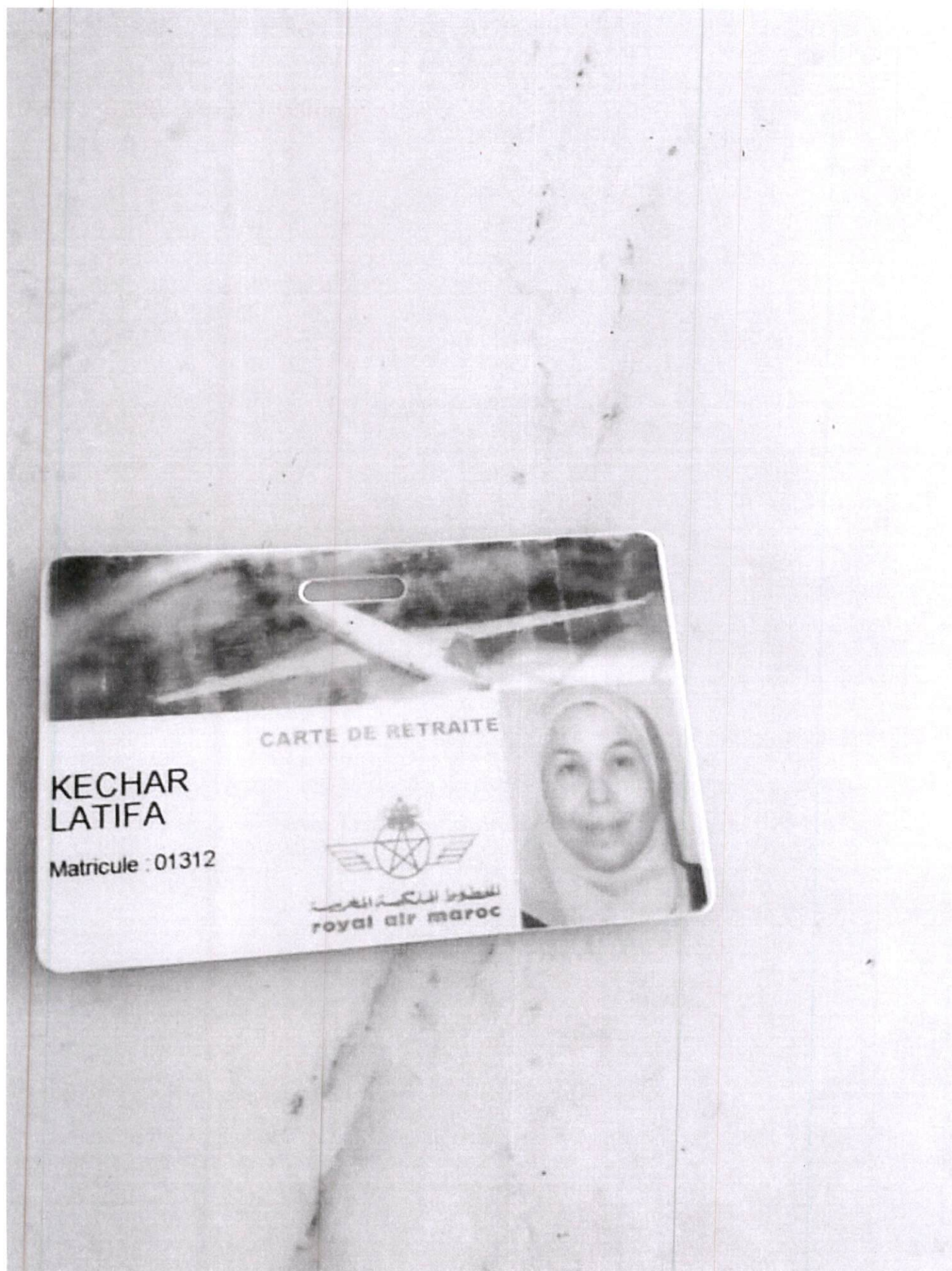
Fait à Casablanca, le 06/07/2023

Signature de l'adhérent :



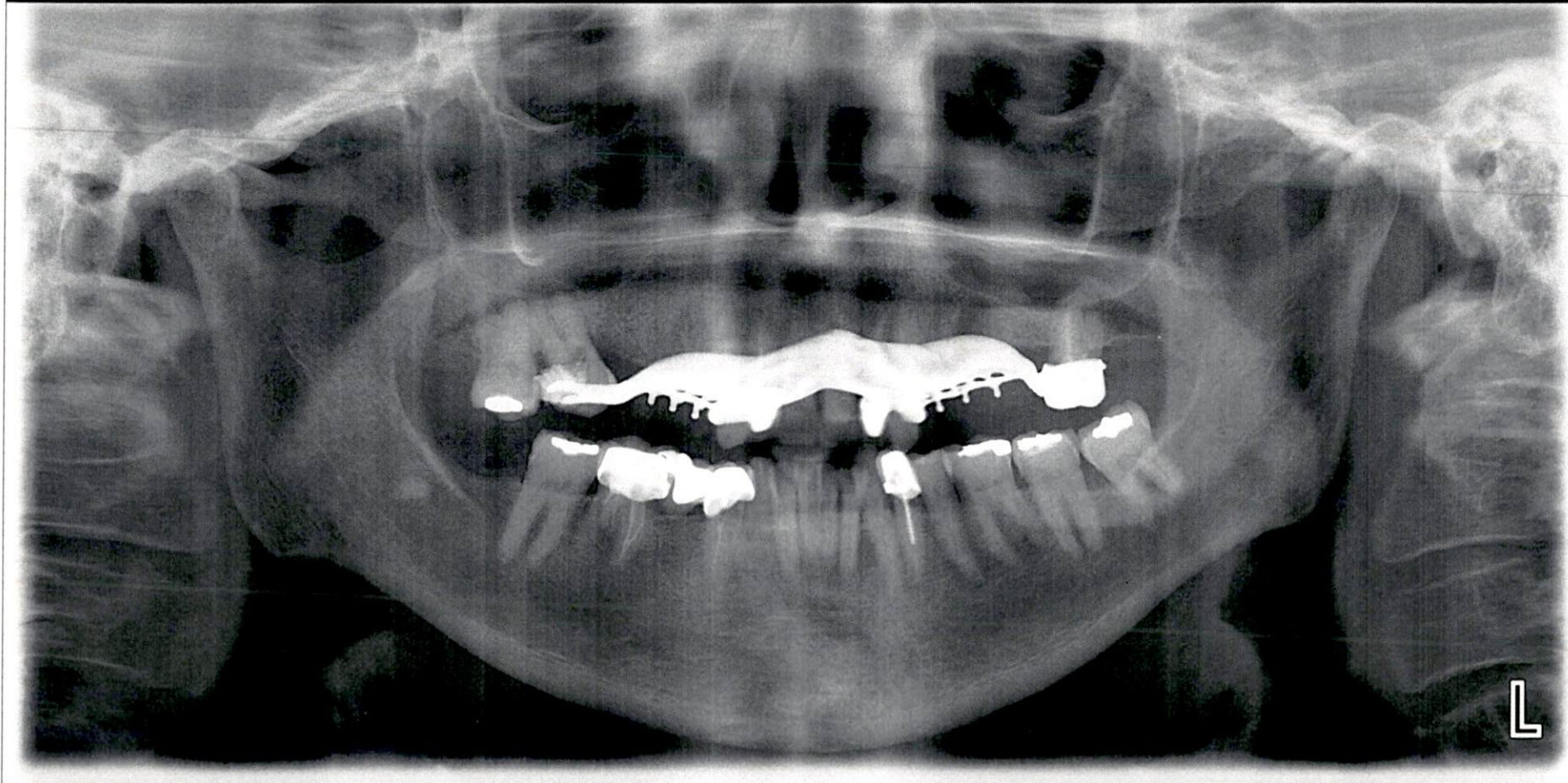



Pour la Legalisation matérielle de la signature
apposée ci
De M. 
Légalisée après vérification de l'identité du titulaire de la signature
Casablanca, le 06 JUIL 2023





Scale: 100%



20/06/23 64,0kV 6,3mA 15,8s 72,5mGy×cm²

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE

RÉSULTAT :

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- PPA amovible.
- Couronne de la 34, avec bridge de la 44 à la 46.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance

DR M. ALAOUI BOUHAMID


Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juin 2023

NOM ET PRENOM: KECHAR LATIFA

EXAMEN REALISE : RX PHOTO THORAX

Résultats :

- Émoussement du cul de sac pleural gauche.
- Respect du cul de sac pleural droit.
- Absence de foyer de condensation parenchymateux décelable sur cet examen.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

En vous remerciant de votre confiance

DR M.ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

F-23-06-0369-073

F-23-06-0369-073 KECHARI AREA
20 06 2023
RADIOLOGIE LA WILAYA