

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

Nom et prénom : **AARAB LAHOUCIINE**

Matricule : **1401** N° CIN :

Adresse : **117 Bd Moulay youssef 1er g - Apt 4 casa**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. KANBUKU** Spécialité : **NEPHROLOGUE**

N° ICE : **001568147 000046** N° INPE : **0900 62555**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AARAB LAHOUCIINE**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

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

*unifocal renal hygroma tainie. Diabète, hypertension & goutte
Hb = 10,9, urée = 1,06, creat = 75, Crv = 91. Rbc = 22,80.
HbAc = 5,20%, glyco = 1,67, idO = 19,60 & fent = 68,60*

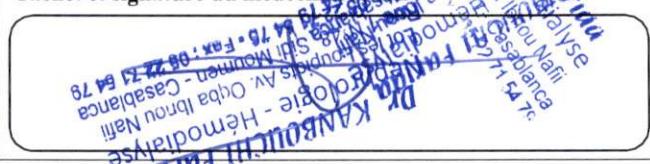
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *fennel, AMEPsy, coxiteno, Zolvad, Lekta, Zydex, vitamine K, UVEDONE, Imulit*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casab** le **20/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées