

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **AARAB LAHOUCINE**
Matricule : **1401** N° CIN :
Adresse : **117 Bd Moulay Youssef 1er - Apt 4 casa**
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr. KANBOUCHI FARIDA** Spécialité : **NEPHROLOGUE**
N° ICE : **001568147000046** N° INPE : **090062555**
Certifie que Mlle, Mme, M. : **AARAB LAHOUCINE**
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 :

insuffisance rénale chronique terminale. Diabète, hypertension, goutte
Hb = 19,8, urée = 1,06, Créa = 75, Ca = 31. Ph = 7,28
HbA1c = 5,2%, glycémie = 1,67, cholestérol = 19,60, fermeté = 68,50

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **ferment, AMEPHY, calcioo, Zylucoo, labetalol, oadzy, vit. K, UVEDOSE, Imubel**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa**

le **20/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. KANBOUCHI FARIDA
Néphrologue - Hémodialyse
Rue 177, 178, 179 - Casablanca
Tél : 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18

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