

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

Nom et prénom : **ZINAOUI AHMED**

Matricule : **01916** N° CIN : **T21284**

Adresse : **LOT. WAFIA N°149 DEROUA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DR ZAINAB EL BOUAZZAOUI Spécialité : **nephrologue**

N° ICE : **001684899000048** N° INPE : **INPE: 061172813**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ZINAOUI AHMED**

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 :

patient diabétique, hypertendu, porteur d'une cardiopathie ischémique, insuffisance rénale chronique depuis 2009
creat: 20,13 clairance 42 ml/min PTH: 105,60

Dont ci-joint ordonnance :

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Triadee 10mg 1/j | Un. ALFA Aug. 1/j |
| FERPLEX adep 1/j | Asperic 100mg 1/j |
| CACT 1000mg 1/j | FEPUXOSTAT 1/j |
| LARIXANT 40mg 1/j | CARDENISTEL 2,5 1/2/j |
| ROUVASTATINE 10mg 1/j | |

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrechid** le **01/12/2023**

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



6705180 (94)

