

MLE-516

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

Nom et prénom : *Naouma Lohoussou*

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. Bouhjar Sara
Service de néphrologie
Je soussigne : *Hemodialyse TR* Partie réservée au médecin traitant
N° ICE : *CHU Med VI Marrakech* Spécialité : *Néphrologie*

N° INPE : *0713 06229*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Naouma Lohoussou*

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

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

transplantation rénale en 17/12/2018.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Sangof 1mg : 5g x 2/15 plus 3 mois à renouveler
Cell ventro 1g : 1cp x 2/15 plus 3 mois à renouveler

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Marrakech* le *01/04/2024*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Dr. Bouhjar Sara
Service de néphrologie
Hemodialyse TR
CHU Med VI Marrakech*

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