

MLE-2927

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

Nom et prénom : **EZZANIR ZAHRA EP BAKHTAR**

Matricule : **2927**

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : **Medecin diabetologue**

N° ICE :

N° INPE : **1001267278**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EZZANIR ZAHRA**

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

A vie
de la maladie

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

**Diabète type 2. HbAc 9.8% GAT 1.93
Arrêt de glyburide à jout**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Glicaz 3mg CP/1cp 1x - Semenot 50mg 1x/1j
Aulox 50mg 1AD/semel 150 mg 1x/1j 11 Kadipe 750mg
24 en 120 mg 1x/1j 2x 1/2 J**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **00 20 le 07/11/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :



* En protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées