

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

Nom et prénom : **Farahate (Houda) Youssef**

Matricule : **01981** N° CIN : **13184908**

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. agrégés JEHANNE AASFARA Neurologie** Spécialité : **NEURO**

N° ICE : **091171371** N° INPE : **091171371**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **FARHATE HOUDA**

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 :

fatiguabilité des 4 Membres, fausses routes, ptosis fluctuant. AC anti Musk (+) ENH. en faveur d'une Myasthénie.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Neostigmine 6mg : 1/2 cp/j
Rituximab (Mabthera®) : 1 perfusion / 6 mois**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **09/03/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. agrégés JEHANNE AASFARA Neurologie



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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