

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

Nom et prénom : **ROKHBA YOUSSEF**

Matricule : **05543** N° CIN : **E753063**

Adresse : **6 Rue BEYROUTE LOT EL IRAKIA BERRACHID**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : **Dr. ZAIDANE Sara** Pneumologue-Phthisiologue-Allergologue

Spécialité : **Pneumologie**

N° ICE : **0522035535** N° Urgence : **0522035535**

N° INPE : **061251919**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Dokusse Yousef**

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 :

**Bécco post tabagique sr Dyspnée d'effort stade I mDRC
- Spirométrie, S de plus cours aérienne**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Formalair.
1 gel à inhaler x 2/jr pendant 6 jds**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Berrachid** le **26** / **JUN** 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ZAIDANE Sara **س. زيدان صارة**
Pneumologue-Phthisiologue-Allergologue
Angle Bd Mohammed V et Rue Omar Ibn
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrachid
Tel: 0522035535



* 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