

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

Nom et prénom :

Hanan Joustaid

Matricule :

8950

N° CIN :

Adresse :

Hay El Houda Rue 20 Août N° 26 Berrechid

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Dr. Zahra F.Z

Spécialité :

endocrinologie / diabèteologie

N° ICE :

WA46413

N° INPE :

INPE:061256640

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Jas hane Fatma

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 :**

HbA1c = 13 %

**Dont ci-joint ordonnance :**

Traitement prescrit :

- Glucophage 1500 mg
- Metformine 500 mg
- Glycam 500 mg x 2/15

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à Berrechid le 28/02/24

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

Dr. KAIIDI Fatima zahra  
Diabétologue et Endocrinologue  
Tél : 0522 32 43 39  
[kaidizohra6@gmail.com](mailto:kaidizohra6@gmail.com)

0  
5  
5  
5  
**CERTIFICAT DE MALADIE DE LONGUE DUREE**

Je soussignée Dr. KAIIDI Fatima Zahra Endocrinologue et Diabétologue certifie que M.....Jean Grégoire.....Fatma.....âgé(e) de 61....ans Consulte dans notre cabinet pour une maladie chronique (longue durée) type ;

\*Diabète type1

\*Dyslipidémie

\*Diabète type2

\*Hypothyroïdie

\*Goitre opéré

\*Hyperthyroïdie

\*Goitre

\*Insuffisance surrénalienne

\*Goutte

\*Retard de croissance

\*Autres :

Ce certificat est délivré à l'intéressé(e) en mains propres pour servir et valoir ce que droit.

Fait à Berrechid, Le .....26...02...2014..

