

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

Nom : ABOUA FSSA Prénom : Hayat

Matricule : 4250 Date de naissance : 29/07/91 Sexe : F

PHOTO

Date 25/05/2000

Médecin

Ex. Clinique : Poids

A

Coeur

Urinés

S

T. A.

Hernies

Ap. resp.

Râte

Ap. dig.

Varices

Réflexes

Ex. Complémentaires :

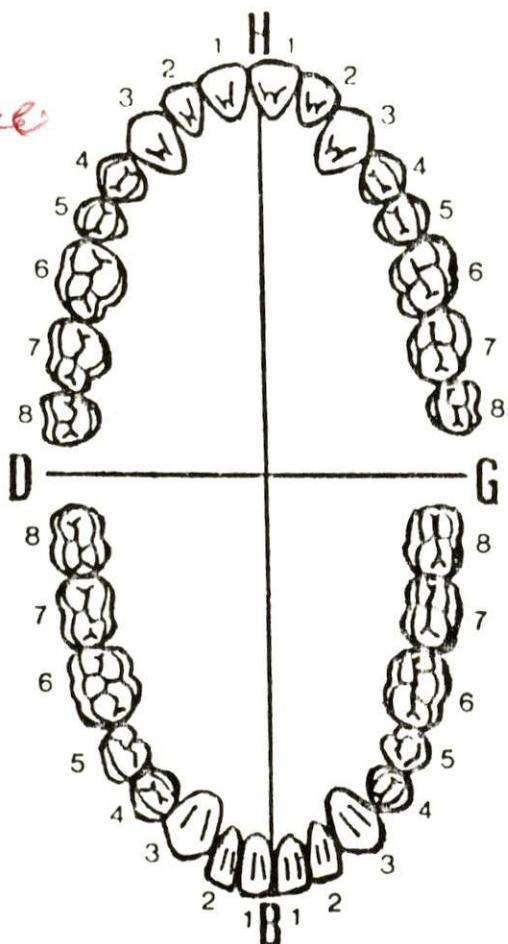
Antécédents :

18/10/09 TL au pouls 60 / 90
10 C3/C411/10/09 TUE O3 = 0,25
O6 = 0,25

13/10/10 TUE Acari 5/5/10 A

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

Aegean



OBSERVATIONS :

Dates	Actes	Observations
25/5/00	24 Ds + 25-85 whio + 16-26-36-46 4875 (1)	
19.7.03	1 ^{er} Scuthe oDF Dgo	(SAILE)
31/7/03	63 Ds	
6/9/04	22 Scuthe oDF Dgo	"
08 JUIL 2005	4 " 11 oDF Dgo	
18 JAN 2006	26 Dgo	
13 FEV 2006	5- ^{es} Scuthe oDF Dgo ,	
07 JUIL 2008	CCM 123-13 whio Ic + CCM 1/26 whio	(ELAYAZI)

02-11-2010

häufiger Kopfschmerz

31/11/2010 ^{aus 180°} Lots OD 170° OU 180°
-0,25 -0,25

06 AOUT 2008 115 TR DIS + Jet Jto

06 AOUT 2008 Rx 23

21/9/08

Ateliers Accord du 7/7/08:

RAPPORT DE CONTRE VISITE
EFFECTUE PAR DOCTEUR RACHIDA NACIRI
DERMATOLOGUE

CONTRE VISITE DENANDEE LE : *06-10-10*
CONTRE VISITE EFFECTUEE LE : *05-10-10*

Matricule N° : *04250*
Nom et prénom de l'assuré (e) : *ABOUAISSA ABDELAZIZ*
Nom et prénom du malade : *ABOUAISSA HAJAR*
Date de naissance : *29-07-1991 CIN N° BE843185*

Je soussignée Docteur RACHIDA NACIRI , DERMATOLOGUE ,certifie avoir effectué
Une contre visite sur la personne de ***ABOUAISSA HAJAR***
L'examen de l'intéressé (e) et l'entretien que j'ai eu avec lui (elle) me permettent de donner
Les conclusions suivantes :

Nature exacte de la maladie : *Acné du visage et dos*
• Date du début de la maladie : *6 ans avant la consultation (en 2003)*
• Signes fonctionnels :
• Signes physiques : *cicatrices rouges du visage et dos*

Cicatrice opératoire (en cas de chirurgie) ~~ancienne~~, ~~récente datant de:~~

- La maladie est chronique , aiguë , héritaire , congénitale ;
- * Le traitement prescrit est : compatible , non compatible avec la nature de la maladie
- Le (la) malade : connaît , ne connaît pas les médicament et leurs utilisation ;
- Le traitement : a été , n'a pas été effectivement appliqué à cette personne :

• **AUTRE CONSTATATIONS PRECISION :**

.....

• **AVIS DU MEDECIN CONTOLEU**

- *Diagnostic confirmé*
- *Traitements et bilan justifiés*
A rembourser

Cachet et signature de médecin

