

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

PHOTO

Nom : ABOUA ESSA Prénom : Hajar

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

Date 25/05/2000

Médecin

Ex. Clinique : Poids

Coeur

T. A.

Ap. resp.

Ap. dig.

Urines { A
S

Hernies

Râte

Varices

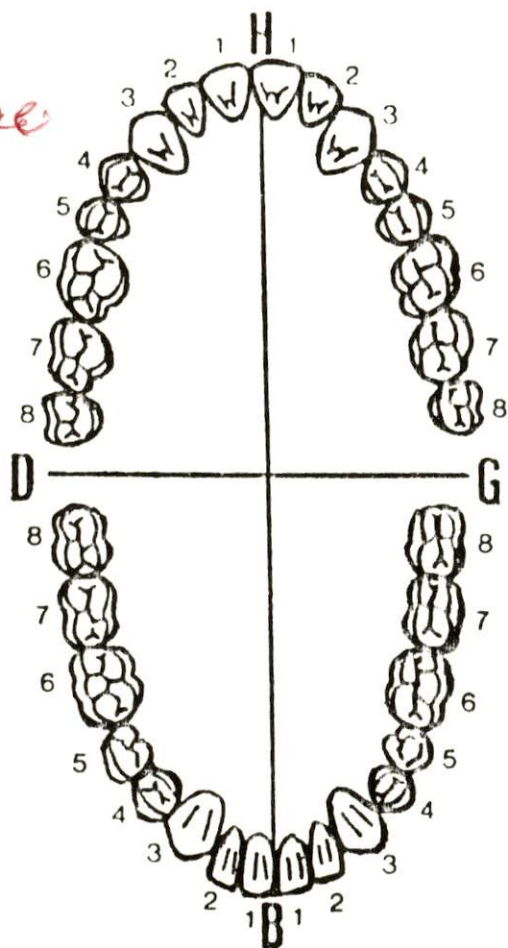
Réflexes

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

18/10/00 TR Conjointement 10/10/00
11/6/09 tu 00-0,25
06-0,25
13/4/10 T15 Acari 5/5/10 A

ACNE

[illegible]

Dates	Actes	Observations
25/5/00	74 D6 + 75-85 2070	16-26-36-46 4 D75 < 120g
17.7.03	1 ^{re} semaine ODF D90	(SAILE)
31/7/03	63 D6	
6/9/04	2 ^{de} semaine ODF D90	"
0-8 JUL 2005	4 th " ODF D90	
18 JAN 2006	26 D30	
13 FEB 2006	5 th semaine ODF D90	"
07 JUL 2008	CCM / 23-33 2070	
	IC + CCM / 26 2070	(ELAYATI)

02-11-2010

heightened confidence

31/12/10 ^{aprs} ^{CV} ~~lets~~

OD 170°

OC 180°

-0.25

-0.25

06 AOUT 2008

06 AOUT 2008

45 TR DS + Jet Jo
R2 23

23/9/08

Atelier Accord du 7/7/08

RAPPORT DE CONTRE VISITE
EFFECTUE PAR DOCTEUR RACHIDA NACIRI
DERMATOLOGUE

CONTRE VISITE DEMANDEE LE : 26 - 1 - 10
CONTRE VISITE EFFECTUEE LE : 05-10-10

Matricule N° : 04250
Nom et prénom de l'assuré (e) : **ABOUAÏSSA ABDELAZIZ**
Nom et prénom du malade : **ABOUAÏSSA 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 **ABOUAÏSSA 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~~, ~~héréditaire~~, ~~congénitale~~ :
- * Le traitement prescrit est : **compatible**, ~~non compatible~~ avec la nature de la maladie
- Le (la) malade : **connait**, ~~ne connait 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 CONTROLEU**

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

Cachet et signature de médecin

DR RACHIDA NACIRI
DERMATOLOGUE
182, av Hassan II
BOULEVARD EL ANASSER
CASABLANCA