

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Dr. Al Laili Aichoua*
16 Bd. Ghandi, Immeuble N°7
Offices 2ème Etage N°7
Tel : 0522 77 01 11

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Nerzouki Edwige* N° *1001* N° *10304*

Présente *carcinome biliaire*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois* *remède Cabp.*
Gemzar 2000 mg *5x5x*
exolipyl 1200 mg *5x5x* *x 3 cycles*
Soludrol 80 mg *1x* *Endoxane*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

