



197052

الدارالبيضاء

وزارة الصحة

FICHE DE TRANSITION RAPIDE

Fiche n° .....

Etablissement de référence .....

Identité du patient

- NOM ET PRENOM : Z. TOUNSI S. A. M. A.

- Identifiant de la CMB ou autres documents :

- AGE : .....

- Sexe : .....

- Adresse : .....

Motif de référence :

Néf + ph

CEP

urine urat

urine UFT + UAT

urine urate

LT : TA : HAC : LAL : US : C : RP

Fait le : 21/02/14

Nom et signature : DR. R. S. TOUNSI

