

Tel : 06 61 42 08 24

NL: 953

POLYCLINIQUE



Assurance Maladie Obligatoire

IP: 13 0236 3

Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré(e) :

MANGUER Zahra

Numéro d'immatriculation :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

KARIM HAFDI

INPE et code à barres* :

/ / / / / / / / / /

179848

Dr. Karim HAFDI
Cardiologue
06 61 42 08 24

Service Soins Intensifs
Cardiologie

Date de la consultation: 11/7/14 12h12

Diagnostic et motif des soins :

Accident Hémorragique avec Anti Vel K

Antécédents et facteurs de risque :

HTA et Diabète @ Insuffisance Rénale chronique
En Hémodialyse

Examen clinique à l'admission :

ATCD d'ECG pathologique d'Thrombose Veineuse
de la Jambe

Résultats des bilans para cliniques :

Hématome de la Jambe Cellule
avec INR > 8. recent
Actif de Neurologie

Libellé et nature des soins :

@ Soins de dialyse
@ Actif de Neurologie
Echocardiographie
Echographie Artérielle



Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

GIC = 03 jours

Cardio = 18 jours

11/7 10/14 12h12

12/7 12/14 12h12

Fait à :

Casa

Le :

/ / / / / / / / / /

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :

