



- 0644 014712



00445

13/11/83

Am (signature)

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS
EL FIDA MERS SULTAN
CENTRE HOSPITAIER PREFECTORAL
EL FIDA MERS SULTAN
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI
CASABLANCA

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي لعمالة
الفداء مرس السلطان
مستشفى محمد بوافي
الدار البيضاء

BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

El AT Hassan

SERVICE :

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

— Urie, Créatine, glycémie
TA, Ch - M. Uric
Ca, Ph
CIRP

EXAMEN DEMANDE

16th Rd. Bouaf
Casablanca

MEDECIN DEMANDEUR

— NFS - PSA.

SIGNATURE DU RESPONSABLE

(Signature)