

Chef de clinique CHU Almeria
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple FIV - ICSI

دبيس ساovic توحدة الحمل على المخاطر
بالمستشفى الجامعي بأميري
الطب الجنيني والحمل على المخاطر
جراحة النساء والتوليد
الجراحة بالمنظار
العمق والإخصاب



COMPTE RENDU

Nom et Prénom : HAMDI Samira

170907

Âge : 50 ans

Date de consultation : 05/08/2023

Exploration Gynécologique

Antécédents Familiaux : Néoplasie pulmonaire, DID

Antécédents Personnels : RAS

Antécédents Gynéco-Obstétricaux : Césariennes (3)

DDR : ...

FM : 5/30

FO : 30333

Contraception : Non

Motif de Consultation :

Douleurs pelviennes

Examen Gynécologique & Complémentaire:

Génitaux externes normaux, pas de saignement vaginal, leucorrhées non spécifiques, col d'aspect macroscopique normal, utérus mobile non douloureux à la palpation, annexes non palpables et douglas libre.

Echographie :

Utérus en anteflexion, de forme et caractéristiques normales.

Endomètre homogène et régulier de 5mm.

Ovaire droit siège d'un kyste de 52x38mm à contenu hémorragique, cul de sac de douglas libre.

Conclusion :

Kyste ovarien droit de 5cm d'allure hémorragique.

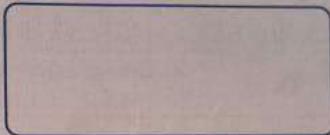
Dr. OUDRHIRI IDRISI H.
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtar
Rés. Ribh, 3e Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 18 - Gam: 0662 22 48 82

Dr. OUDRHIRI IDRISI H.

Actif Pensionné(e) Société :
Nom & Prénom : HANDI SANIR A Autre :
Date de naissance :
Adresse : 10, Angle bld et ABD EL WAHAB ZAKKAK Res bld.
Tél. 0522499546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Kyste ovarien

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 05/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT