

e travai

		-			
X	initial		de	prolongation	(*

vol					
au	se	rv	ice	iédi	ca

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil nt. L16241-16241, L3152, L321-1-5ème al., L323-6, L376-1, L613-20, R321-2, R323-11-1, D. 323-2, R441-10, L433-1, R433-15, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime nt. L16244, L3152, L321-1-5ème al., L323-6, L376-1, L613-20, R321-2, R323-11-1, D. 323-2, R441-10, L433-1, R433-15, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime nt. L1624-1, 0199 numéro d'immatriculation nom et prénom (nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 0669076535 n° téléphone 78990 ville code d'accès de la résidence : appartement: étage: escalier: bâtiment : (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence élu(e) local(e) profession indépendante non salarié(e) agricole salarié(e) fonctionnaire date de cessation d'activité artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi précisez votre situation (voir notice) l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2): oui date: oui non l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? non oui (*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3): à l'occasion d'une médecin remplaçant le médecin traitant médecin spécialiste consulté hospitalisation à la demande du médecin traitant ou le médecin prescripteur initial URGENCE précisez et indiquez le motif : autre cas n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements médicaux (voir la (à compléter obligatoirement) - en toutes lettres : et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 10,710,5120,231 - en chiffres avec une affection de longue durée (voir notice 1) sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) en rapport* sans rapport* Date AT/MP: avec un accident de travail, maladie professionnelle en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : en rapport* (voir notice 8) * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée à partir du [618 014 20 12] (voir notice (A)) sorties autorisées : oui à partir du oui sorties sans restriction: non (Voir notice 🌀) à partir du non oui activité(s) autorisée(s) : et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du (voir notice 7) avec une affection de longue durée (voir notice 11) sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP: en rapport** ** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée éléments d'ordre médical (voir notice 9) OU éléments en toutes lettres: Ep; gos toulçue Codification du motif médical identification de la structure identifice ti Robert GUEZ (raison sociale et adresse su pabile ou de l'établissement) CENTRE DE SANTÉ CENTRE DE SAINTE 17 rue Blaise Pascal - 78390 BOIS D'ARCY - N° RPPS: 10100610293 Tél.: 01 86 90 63 77 - www.gm2a.fr Siret: 888 953 510 00029 - APE 8623Z Finess 78 002 805 6 date 23042023

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1è 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

signature du praticien



Centre Municipal de Santé Maurice Thorez

18, rue Maurice Thorez- 92000 - NANTERRE

Tél.: 0141375885 - Fax: 0141377117 http://www.nanterre.fr/20-solidarite-et-sante.htm

MEDECINE SPECIALISEE:

Sur rendez-vous

Docteur SOLIMAN HEITHEM 10101367117 Médecin Gastro-Entérologie et Hépatologie

A NANTERRE, Le lundi 24 avril 2023

Patient: Inconnu DAHAR YOUSSEF

(Né(e) le 01/01/1992)

✓ PYLERA 140 mg/125 mg/125 mg gél

3 gélules le matin, le midi, à 16h et le soir après le repas à prendre dans un grand verre soit 12cp par jour pendant 10 jours

OMEPRAZOLE ALMUS 20 mg gél gastrorésis

1 gélule le matin et le soir pendant 10 jours

HELIKIT 75 mg pdre p sol buv

1 kit

Horaires d'ouverture : Lundi au Mercredi, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 19h00 Jeudi et Vendredi, de 08h30 à 19h00

Samedi, de 8h30 à 12h00

N° Finess: 920010501



Docteur Maria Del Carmen RODRIGUEZ DE BORDONS

Medecine Generale 17 rue Blaise Pascal - 78390 Bois D Arcy

Finess: 780028056

Le 28-4-202)

1- anoxicilline 18: 1 comp Janes 1/2 ven d'eau Jone les 12 heure pendant 2. Clarithromy eine soong. I comp wester et sais pendant 14 fours 3. Omeforatale 20mg: 2 sel (40 mg) 2 fais per par pendant 14 faces. 9- Titanoreine (pommade.

Dr MC. RODRIGUEZ

- N° RPPS: 10100610293

Page 1 / 1

17 rue Blaise Pascal

78390 Bois D Arcy

Téléphone: 01 86 90 63 77



Laboratoire de Biologie Médicale

Dr Mihaela NICOLAE

Médecin-Biologiste Ancien Interne de l'hôpital de Craiova

4 bis square de la Canche - 78990 ELANCOURT - Agrément N° 95 - 147 Tél. 01.30.51.74.10 Fax. 01.30.62.47.82

www.biofutur.fr

Compte-rendu d'examens biologiques :

Dossier N° 3GEL107091 - 00 du 17.04.2023

Prélevé le 17.04.2023 à 12:32 au Laboratoire

Enregistré le 17.04.2023 à 12:32

Edité le 19.04.2023 à 15:52

COMPLET

Prescrit par Dr WISNIEWSKI BENJAMIN

78560 LE PORT MARLY

Mr DAHAR YOUSSEF Né(e) Mr DAHAR YOUSSEF 25 RES LES NVX HORIZONS

78990 ELANCOURT

IDENTITE NATIONALE DE SANTE (INS)

Nom de naissance

DAHAR

1er prénom de naissance YOUSSEF

Nom utilisé Prénom utilisé **DAHAR**

YOUSSEF

Date de naissance

Lieu de naissance (INSEE)

01.01.1992 (31 Ans) MAROC

Sexe: M 99350

Accréditations n°8-2602 Listes des sites et

portées disponibles sur www.cofrac.fr

SEROLOGIE

Seuls les résultats avec le signe (c) sont couverts par l'accréditation

Examens ci-dessous réalisés le 19.04.2023 , validés le 19.04.2023

SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI

Chimiluminescence (CLIA)/Liaison XL Diasorin (MO) (c)

Anticorps anti-H.pylori IgG

Positif

Titre

3.11

Interprétation :

Titre IgG Helicobacter pylori

Négatif < 0.80

Equivoque 0,80 à 0,89

Positif > ou = 0.90

Conclusion:

Présence d'anticorps IgG anti-Helicobacter pylori. A confronter au contexte clinique et thérapeutique.

AUTOIMMUNITE

Examens ci-dessous réalisés le 19.04.2023 , validés le 19.04.2023

ANTICORPS ANTI-TRANSGLUTAMINASE TISSULAIRE (IgA)

Immunoenzymatique (ELIA)/PHADIA Thermofisher (MO) (c)

Titre

< 0.6

U/mL

Interprétation :

Négatif <7,0

Présence modérée 7,0 à 10,0

Présence significative > 10,0

ANTICORPS ANTI-TRANSGLUTAMINASE TISSULAIRE (IgG)

Immunoenzymatique (ELIA)/PHADIA Thermofisher (MO) (c)

Titre

U/mL

Interprétation :

Négatif <7.0

Présence modérée 7,0 à 10,0

Présence significative > 10,0