

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE LITHOTRIPSIE EXTERNE

مطلب لتحمل مصاريف تفتيت الحصى بالصدى

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Caisse d'affiliation

CNSS

CNRPS

صندوق الاخطار

Identifiant unique ou Numéro d'assuré social

Grid for unique identifier or social security number

المعرف الوحيد أو رقم المضمون الاجتماعي

Favorable :

Prise en charge du traitement par lithotripsie

Côté

droit

gauche

Défavorable :

Motifs :

Horizontal dotted lines for reasons

Observations :

Horizontal dotted lines for observations

Date : ...../...../.....

signature

L'ASSURE SOCIAL

المضمون الاجتماعي

PRENOM : .....

NOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] :

LE BENEFICIAIRE

المنتفع

L'ASSURE SOCIAL

LE CONJOINT

L'ENFANT\*

L'ASCENDANT\*\*

\* Le 1<sup>er</sup> Enfant = 1, 2<sup>ème</sup> enfant = 2, 3<sup>ème</sup> enfant = 3 ...etc

\*\* Le père = 1, la mère = 2

\*الابن الأول = 1، الثاني = 2، الثالث = 3... الخ

\*\* 2 = 1 = \*\*

PRENOM : .....

NOM : .....

DATE DE NAISSANCE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] :

SIGANTURE DE L'ASSURE SOCIAL

**RAPPORT MEDICAL CONFIDENTIEL**

Je soussigné docteur : .....

Exerçant en tant que : .....

à .....

Code conventionnel

Certifie que l'état de santé de Mr (me) : .....

Identifiant unique ou numéro d'assuré social : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**nécessite un traitement par lithotripsie portant sur**

Côté  droit  gauche

Siège : .....

**Antécédents lithiasiques :**

Siège de la lithiasie	Traitement appliqué	Date du traitement	Résultat
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Lithiasie actuelle**

**- Explorations :**

Radiologiques  Echographie  UIV

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**- Lithiasie**

Nombre  localisation(s) taille (s)

.....  
.....  
.....

**- Degré de retentissement**

Cavité modérément dilatée  , très dilatée  Rein non fonctionnel

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ce traitement est impérativement justifié par l'état de santé de ce patient.

.....le.....  
CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

**Prière coller ce rapport après l'avoir rempli.**