

**Fiche de renseignements pour le dossier  
médical TPC**

OUVERTURE NOUVEAU DOSSIER

MODIFICATION DOSSIER

Matricule : .....

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../..... Téléphone mobile : ...../...../...../..... - ...../...../...../...../.....

Ville : ..... Quartier : .....

**NB:** Le mutualiste doit renseigner cette fiche et joindre la photocopie des résultats des examens avant de les envoyer à l'adresse **controlemedical@mugef-ci.com** ou les déposer au Contrôle Médical de la MUGEF-CI au siège ou dans l'une de ses représentations.

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature du bénéficiaire**

**Cadre réservé au médecin traitant**

TYPE DE PRESCRIPTION : INITIALE  MODIFICATION

Je soussigné, Pr/Dr ..... code prescripteur : ..... spécialité : .....

exerçant à : ..... code centre : ..... Téléphone : .....

certifie que M/Mme/Mlle : ..... Matricule : .....

souffre de ..... et qu'à ce titre, il/elle doit bénéficier du traitement

ci-après pendant une durée de : .....

ANCIEN TRAITEMENT	NOUVEAU TRAITEMENT
Mdct 1 : ..... Posologie.....	Mdct 1 : ..... Posologie.....
Mdct 2 : ..... Posologie.....	Mdct 2 : ..... Posologie.....
Mdct 3 : ..... Posologie.....	Mdct 3 : ..... Posologie.....
Mdct 4 : ..... Posologie.....	Mdct 4 : ..... Posologie.....
Mdct 5 : ..... Posologie.....	Mdct 5 : ..... Posologie.....

**NB:** Selon la pathologie diagnostiquée, veuillez s'il vous plaît, prescrire au patient l'examen de confirmation de la liste ci-dessous. Pour toutes autres affections non citées, contactez le +225 27 20 25 74 77 ou 07 89 27 41 88.

NATURE DE L'AFFECTION	EXAMEN CLÉ
AFFECTIONS CANCÉROLOGIQUES	EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE
ASTHME (À PARTIR DE 7 ANS)	EFR (EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE)
ASTHME (MOINS DE 7 ANS)	RADIOGRAPHIE PULMONAIRE
DIABÈTE	HÉMOGLOBINE GLYQUÉE, GLYCÉMIE
DISCOPATHIES (HERNIES DISCALES)	SCANNER OU IRM DU RACHIS
DYSLIPIDÉMIE	CHOL T, HDL, TRIGLYCÉRIDE (BILAN LIPIDIQUE)
DYSTHYROÏDIE	DOSAGE DES HORMONES THYROÏDIENNES (TSH, T3, T4)
EMBOLIE PULMONAIRE, MALADIES THROMBO-EMBOLIQUES	ANGIOSCANNER THORACIQUE OU ECHOGRAPHIE VASCULAIRE OU ELECTROCARDIOGRAMME (ECG) OU HOLTER ECG OU DOSAGE DES D DIMÈRES
ENDOMÉTRIOSE	ECHOGRAPHIE PELVIENNE OU IRM PELVIENNE
ÉPILEPSIE	EEG (ELECTRO-ENCÉPHALOGRAMME)
GLAUCOME	CHAMP VISUEL OU TOMOGRAPHIE À COHÉRENCE OPTIQUE (OCT)
HÉPATITES VIRALES	DOSAGE DE L'ANTIGÈNE HBS (HÉPATITE VIRALE B) OU DE L'ANTICORPS ANTI HCV (HÉPATITE VIRALE C)
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	HOLTER TENSIONNEL OU ELECTROCARDIOGRAMME (ECG) OU ECHOCOEUR
HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE	ANTIGÈNE SPÉCIFIQUE DE LA PROSTATE (PSA) OU ECHOGRAPHIE DE LA PROSTATE
HYPERURICÉMIE	ACIDE URIQUE
INSUFFISANCE RÉNALE	URÉE, CRÉATININE, CLAIRANCE DE LA CRÉATININE
NEUROPATHIES PÉRIPHÉRIQUES	ELECTROMYOGRAMME (EMG)
OSTÉOPOROSE	RADIOGRAPHIE STANDARD

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature et cachet du Médecin traitant**