



RAPPORT MEDICAL

Wafa Assurance Vie

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses à chacune des questions posées, d'une façon lisible et concise et, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser la signification.

AGENT CBAO

CONTRACTANT

s'il s'agit d'une assurance de groupe

CONTRAT N°.....

MEDECIN

Dr Patrick COBREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM KYEDREBEOGOBUA PRENOM RAMATOU

Date de Naissance 26 02 1979 Lieu de naissance OUACADOU

Domicile : UD 10 Cote d'ivoire

Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)

N°CNI ou Passeport : A 3972740

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Auditeur Interne

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : Au Burkina Faso - 1 fois par trimestre

où ? quand ? durée ? motif ?

Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Natation

Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) 1 fois / semaine

Boissons alcoolisées ? Oui Consommation journalière : occasional Tabac ? Non

Régime ? Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?

Pourquoi ?

Avez-vous suivi un traitement Non Oui Lequel ?

Pour quelle affection ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Non Oui Lequel ?

Pour quelle affection ? Date Durée

3) **PARENTS**

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père		69	
Mère	67		
frères et sœurs	5	47-53	
conjoint		44	

Y-a-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? Diabète

de suicide ? tuberculose ? de diabète ?

Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ? Non Oui Date

Nature

Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ? Non Oui Date

Motif médical

Taux de la pension. Servie par

Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ? Non Oui

Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé.

Motif

4) **ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?**

en cas de décès ? Non Oui Montant du capital ?

en cas d'incapacité ? Non Oui Montant des indemnités journalières ?

en cas d'invalidité ? Non Oui Montant de la rente d'invalidité ?

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

Répondez à toutes les questions avec précision - Au besoin ajoutez un feuillet

<p>10) ASPECT GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge ✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ? ✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreux ? Obésité ? <p>Mensurations :</p> <p>Variation du poids dans les dernières années ?</p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>166</u> Poids : <u>71</u></p> <p>.....</p> <p>en inspiration : en expiration :</p>												
<p>11) SYSTEME NERVEUX</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles de la parole ? ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements ✓ Troubles de la marche ? Paralyse ? ✓ Réflexes rotuliens et achilléens ? ✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ? ✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ? ✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>12) ORGANES DES SENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ? ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ? ✓ Vertiges ? ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.G</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Avant correction</td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td style="text-align: center;"><u>10</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Après correction</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G		Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>		Après correction			
	O.D	O.G											
Avant correction	<u>10</u>	<u>10</u>											
Après correction													
<p>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Conformation générale du thorax ? ✓ Nombre de bronchite par an ? ✓ Examen clinique ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>												
<p>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) : ✓ Fréquence du pouls ? Arythmie : ✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ? ✓ Etat du système veineux ? ✓ Œdème des jambes ? 	<p style="text-align: center;">Pouls : <u>81</u></p>												
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>126</u> Minima : <u>87</u>.</p>												

IMPORTANT

AVANT DE SIGNER CE RAPPORT ASSUREZ-VOUS AVOIR DONNE, POUR LES AFFECTIONS ET ACCIDENTS DECLARES, DES RENSEIGNEMENTS PRECIS SUR L'HISTORIQUE, LES SOINS ET L'ETAT ACTUEL DE FAÇON A CE QUE LE RAPPORT SOIT EXPLOITABLE.

15) APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES ✓ Fonctions digestives ? ✓ Bouche, langue, denture, leucoplasie, aspect du palais ? ✓ Percussion et palpation du foie ? Subictère ? ✓ Percussion et palpation de la rate ? ✓ Hernie réductible ? maintenue par bandage				
16) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS ✓ Troubles de la statique vertébrale (préciser le type et l'importance?) ✓ Mobilité du rachis et des autres articulations ? ✓ Déformation articulaire ? ✓ Antécédents de lombalgie ou de la sciatique ? ✓ Signe de laségue ?				
17) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX Signes ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?				
18) Glandes endocrines : Anomalies ? Goitre ? Signes				
19) APPAREIL GENITO-URINAIRE ✓ Anomalie des organes ? ✓ Anomalies des mictions ? ✓ Examen des urines en présence du médecin	Albumine : 0 Sucre : 0				
20) EXAMENS PARTICULIERS AUX FEMMES ✓ Conformation extérieure du bassin ? ✓ Signes de grossesse ? ✓ Examen des seins ?				
21) CONCLUSIONS ❖ Pensez-vous que l'état de santé du proposant constitue un risque normal ou aggravé ? ❖ Réserves éventuelles ? Au vu des constatations, des examens complémentaires vous paraissent-ils utiles ? ❖ Considérez-vous le proposant comme un risque (Rayez les mentions inutiles)	<table border="1"> <tr> <td>A ACCEPTER</td> <td>A AJOURNER</td> </tr> <tr> <td>A ACCEPTER AVEC RESERVE</td> <td>A REFUSER</td> </tr> </table>	A ACCEPTER	A AJOURNER	A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER
A ACCEPTER	A AJOURNER				
A ACCEPTER AVEC RESERVE	A REFUSER				
OBSERVATIONS PARTICULIERES <p style="text-align: right;">Le 28-0520...26.....</p> <p style="text-align: right;">Signature du Médecin Examineur</p> <p style="text-align: right; color: blue; font-weight: bold;"> DR PATRICK CORREA 3 A. des Ambassades DAKAR SENEGAL </p> <p>Le présent rapport entièrement confidentiel, devra être adressé, sous pli cacheté, dans les plus brefs délais au Back Office de Wafa Assurance Vie</p>					

NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)

Date.....		
NOM et ADRESSE DU MEDECIN (en lettres majuscules) Ou Cachet	MONTANT DES HONORAIRES (en F CFA) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINEE Date de l'Examen :/...../..... <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">CADRE RESERVER A L'ASSUREUR</div> N° du contrat :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Après examen de ce questionnaire, des renseignements médicaux complémentaires peuvent être demandés par l'Assureur qui conserve en outre la possibilité de refuser, limiter l'assurance ou proposer une surprime. La case correspondant à chaque situation devra être cochée d'une croix. La réponse ainsi donnée sera le cas échéant complétée.

A COMPLETER DANS TOUS LES CAS

NOM : K. Y. E. DREBE OGO BELA Prénom : Ramaka

Votre date de naissance : 26 / 02 / 1979 Votre taille : 1.65 cm

Votre poids : 7 Kgs. Votre tension artérielle (maxima/ minima) :/.....

Votre degré de vision avant correction : oeil droit/10es . après correction : oeil droit/10es
 oeil gauche..... /10es oeil gauche...../10es

VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE		OUI	NON	CHAQUE REPONSE DOIT ETRE CLAIRE ET PRECISE - LES SIGNES ET LES TRAITS NE SONT PAS ADMIS
Avez-vous des troubles graves de la vision avant correction ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?
1.	Etes-vous : . En traitement médical ? . Sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Pourquoi ?
2.	Etes-vous atteint : . D'une infirmité ? . D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : . En service de médecine ? . En service de chirurgie ? . En service de neuro-psychiatrie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? <u>Césarienne</u> Quand ? <u>2010, 2012</u> Combien de temps ? <u>4</u>
4.	Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ? Avez-vous durant ces cinq dernières années dû interrompre votre travail ? . Plus de 30 jours consécutifs ? . Plus de 90 jours sur une année ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? Dates ?
5.	Avez-vous subi : . Une opération ? . Un traitement par radiations ou cobalt ? . Une chimiothérapie pour tumeur ? . Un traitement pour maladie rhumatismale ? . Pour troubles nerveux ? . Un traitement pour troubles cardiaques ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ? <u>Césarienne 2010, 2012</u>
6.	Vous a-t'on informé que dans les prochains mois, vous allez : . Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? . Etre hospitalisé ? . Etre traité ou opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ?

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <i>oct 2023, Juin 2023</i> Pourquoi ? <i>Dentiste, Gynécologue</i>
8.	A la suite de ces consultations vous-a-t-on prescrit un traitement médical, un régime, un examen tel que radio, analyse, autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Parties du corps atteintes ? Séquelles ?
11.	Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux est supérieur à 20 % ? (si oui, joindre les justificatifs).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taux : Motif ? Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Marche</i>
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :
13.	Pour les hommes : avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	Pour les femmes : - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	De combien de mois ? :
	- Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Résultats : Date :
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ?
	- Si oui, ont-elles été :			
	- Acceptées avec surprimes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Acceptées avec exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ajournées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N.B : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé .

Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à... *Dakar* ...

Signature de l'adhérent assuré

Le... *27.05.2024* ...

Précédée de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé
[Signature]

Conformément à l'Article 18 du Code des Assurances(CIMA), toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



Wafa Assurance Vie

Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 27/05/2024
AGENCE : Keur Gorgui CODE AGENCE : 01212

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT :

ASSUREMPRUNT ASSURCOMPTE
NOM : Kyedrebeaga PRENOM : Kamata Bils
DATE & LIEU DE NAISSANCE : AGE :

Montant Garantis : 60 000 000
CIN : TEL :

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	NATURE DU CREDIT
			<u>CLT</u>
TOTAL A ASSURER		<u>60 000 000</u>	

Nous vous prions de vous présenter au préalable chez le Médecin conseil, muni de votre carte d'identité et les justificatifs ci-après :

- Déclaration de Santé
- Carte d'identité nationale
- Questionnaire Médical
- Reçu de la demande

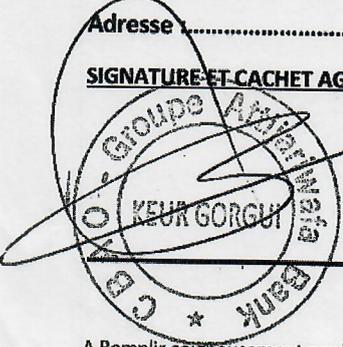
J'accepte que mon Etat de santé me soit Directement communiqué Par le médecin conseil De la compagnie	Je souhaite que mon état de santé soit communiqué par mon médecin dont les coordonnées ci dessous
	Nom/prénom
	Adresse
	Tél/FAX/email

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]

A Remplir soigneusement par l'organisme prêteur et à remettre obligatoirement au médecin conseil par la personne assurée. Tous les champs doivent être impérativement renseignés au risque de rejeter la convocation.



Horaires d'ouverture

Lundi-Jeudi : 7h30-18h00

Vendredi : 7h30-13h30/15h-18h

Samedi matin : 7h30-11h00

Code : BILA RAM

Prescripteur : CORREA PATRICK

Adresse :

Tel : 77 291 11 Fax :

Date du prélèvement : 6.06.2024

Date de naissance : 26.01.1979 - sexe F

Madame

KYED REBEOGO BILA Ramatou

VDN CITE SONATEL

DAKAR

i0606557

DAKAR, le 10 Juin 2024

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

(Automate XN-1000, Sysmex)

		Valeurs usuelles	Antériorités
LEUCOCYTES (giga/l)	3,9	(4,0-10,0)	Le 20.09.23 4,0
HEMATIES (tera/l)	4,43	(4,00-5,00)	4,61
Hémoglobine (g/100ml)	12,5	(12,0-16,0)	13,2
Hématocrite (%)	39,3	(37,0-47,0)	41,6
V.G.M. (µ3)	89	(80-100)	90
T.C.M.H. (pg)	28,2	(27-32)	28,6
C.C.M.H. (g/100ml)	31,8	(30,0-35,0)	31,7

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles:	41,7 %	1,63 giga/l	(2,0-7,5)	1,44
Polynucléaires éosinophiles:	2,6 %	0,10 giga/l	(0,04-0,4)	0,09
Polynucléaires basophiles. :	1,0 %	0,04 giga/l	(0,02-0,1)	0,03
Lymphocytes.	47,7 %	1,86 giga/l	(1,5-4,0)	2,22
Monocytes.	7,0 %	0,27 giga/l	(0,2-0,8)	0,22
PLAQUETTES (giga/l)	318	(150-400)	258	

Ch. MAHOU

A. SECK

T.A. DIALLO

B. NDIAYE

A. DIOP

R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation.

Page n° 1/ 4
version PDF

Horaires d'ouverture
Lundi-Jeudi : 7h30-18h00
Vendredi : 7h30-13h30/15h-18h
Samedi matin : 7h30-11h00

Code : BILA RAM
Prescripteur : CORREA PATRICK
Adresse :

Madame
KYED REBEOGO BILA Ramatou

Tel : 77 291 11 Fax :

VDN CITE SONATEL
DAKAR

Date du prélèvement : 6.06.2024
Date de naissance : 26.01.1979 - sexe F

i0606557

DAKAR, le 10 Juin 2024

HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 heure. : 10 mm

Valeurs limites (1ère heure)

	< 50 ans	> 50 ans
Homme	15 mm	20 mm
Femme	20 mm	30 mm

BIOCHIMIE SANGUINE

❖ GLYCEMIE : 0,80 g/l 4,44 mmol/l
(Hexokinase - Alinity ABBOTT) (0,70-1,05) (3,89-5,83)
Le 20.09.23 : 0,78

❖ CREATININE : 10,1 mg/l 89,3 µmol/l
(Cinétique - Alinity ABBOTT) (5,7-11,1) (50,4-98,2)
Le 20.09.23 : 9,8

ACIDE URIQUE : 38 mg/l 226 µmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT) (26-60) (154-357)

Ch. MAHOU A. SECK T.A. DIALLO B. NDIAYE A. DIOP R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation.

Page n° 2 / 4
version PDF

Horaires d'ouverture

Lundi-Jeudi : 7h30-18h00

Vendredi : 7h30-13h30/15h-18h

Samedi matin : 7h30-11h00

Code : BILA RAM

Prescripteur : CORREA PATRICK

Adresse :

Tel : 77 291 11 Fax :

Date du prélèvement : 6.06.2024

Date de naissance : 26.01.1979 - sexe F

Madame

KYED REBEOGO BILA Ramatou

VDN CITE SONATEL

DAKAR

i0606557

DAKAR, le 10 Juin 2024

BIOCHIMIE SANGUINE

❖ TRIGLYCERIDES : 0,70 g/l 0,80 mmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Taux souhaitable	< 1,50	< 1,70
Taux modéré	1,50-1,99	1,70-2,25
Taux élevé	≥ 2,00	≥ 2,26

❖ CHOLESTEROL total : 1,91 g/l 4,94 mmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Enfants		
Taux souhaitable	< 1,70	< 4,40
Taux modéré	1,70-1,99	4,40-5,15
Taux élevé	≥ 2,00	≥ 5,18
Adultes		
Taux souhaitable	< 2,00	< 5,18
Taux modéré	2,00-2,39	5,18-6,19
Taux élevé	≥ 2,40	≥ 6,22

❖ CHOLESTEROL H.D.L. : 0,59 g/l 1,53 mmol/l
(Dét.+Accél. - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Taux faible	< 0,40	< 1,04
Taux modéré	0,40-0,60	1,04-1,55
Taux souhaitable	> 0,60	> 1,55

Rapport Chol.HDL/Chol.total. . : 31 %



Ch. MAHOU

A. SECK

T.A. DIALLO

B. NDIAYE

A. DIOP

R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation.

Page n° 3/ 4
version PDF

Horaires d'ouverture
Lundi-Jeudi : 7h30-18h00
Vendredi : 7h30-13h30/15h-18h
Samedi matin : 7h30-11h00

Code : BILA RAM
Prescripteur : CORREA PATRICK
Adresse :

Madame
KYED REBEOGO BILA Ramatou

Tel : 77 291 11 Fax :

VDN CITE SONATEL
DAKAR

Date du prélèvement : 6.06.2024
Date de naissance : 26.01.1979 - sexe F

i0606557

DAKAR, le 10 Juin 2024

BIOCHIMIE SANGUINE

❖ CHOLESTEROL L.D.L. : 1,18 g/l 3,05 mmol/l
(Par calcul)

	g/l	mmol/l
Taux souhaitable	< 1,00	< 2,59
Taux modéré	1,00-1,59	2,59-4,11
Taux élevé	> 1,59	> 4,11

TRANSAMINASES SGOT : 25 UI/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT) (5-34)
Le 20.09.23 : 19

TRANSAMINASES SGPT : 21 UI/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT) (0-55)
Le 20.09.23 : 13

GAMMA GLUTAMYLTRANSFERASE . . . : 24 UI/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT) (12-64)

Ch. MAHOU A. SECK T.A. DIALLO B. NDIAYE A. DIOP



R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation.