

Royaume du Maroc
Ministère de l'Intérieur
Wilaya de la Région du Grand Casablanca
Préfecture de Casablanca
Commune Urbaine de Casablanca
Arrondissement.....

FICHE MEDICALE.....

- **NOM ET PRENOM** :
- **SEXE** :
- **ADRESSE** :

-
- **AGE** :
 - **PATIENT** :

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1- Mordu | <input type="checkbox"/> | 2- Griffé | <input type="checkbox"/> | 3- Léché sur plaie | <input type="checkbox"/> |
| A travers habits | <input type="radio"/> | A travers habits | <input type="radio"/> | | |
| 4 – A reçu bave | <input type="checkbox"/> | * Sur peau saine | <input type="radio"/> | | |
| | | * Dans les yeux | <input type="radio"/> | | |
| | | * Dans le nez | <input type="radio"/> | | |

- **ETAT DES BLESSURES** :
 - 1- Nombre :
 - 2- Siège :
 - 3- Lésion : * Profonde :
 - * Superficielle :

- **AGRESSION** : * Par l'animal Espèce.....

- | | | | | | | | |
|--------------------|---|--------------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| - Connu | : | <input type="checkbox"/> | Vacciné : | OUI | <input type="radio"/> | NON | <input type="radio"/> |
| - Inconnu (Errant) | | <input type="checkbox"/> | | | | | |

- * Par l'homme :
 - Nom et prénom :
 - Adresse :

- **PREUVE DE LA RAGE DE L'AGRESSEUR** :

- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Confirmée | <input type="checkbox"/> | Clinique | <input type="checkbox"/> | Suspicion | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|

A.....Le.....

Signé Dr :