



الصندوق الوطني للتأمين على المرضى

RAPPORT MEDICAL D'ACCOUCHEMENT

Je soussigné Dr

Code....., certifie avoir procédé à l'accouchement de

Madame :

Matricule :

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

Le :

Terme :

--	--

 S.A

Accouchement par ☐ voie basse

☐ Césarienne

Anesthésie : sans ☐

Générale ☐

Péridurale ☐

Si accouchement gémellaire : Nombre ☐

Si mort (s) né (s) : Nombre ☐

OBSERVATIONS :

.....

.....

Date :

Signature et Cachet du Médecin