Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Chronic Kidney Disease Medications

❖ Patient Information

رقم الهوية : ..... رقم بطاقة الكرنتينا : .....

اسم المريض: ---------- اسم الأب: ---------- الشهرة: ----------

اسم الام: ---------- تاريخ الولادة: -----/----/---- ذكر ☐ انثى ☐

العنوان

المحافظة : ---------- القضاء : ---------- البلدة : ----------

الشارع : ---------- ملك : ---------- هاتف : ----/----------

❖ Medical Information

Height:……cm Weight : …….kg BP : -----/----- mmHg BSA…….m^2

ICD-10 Specific Diagnosis : ----------

Starting date of symptoms : …… /…… /…….

Cause of renal insufficiency : …….

❖ Physician Information

Physician name : ---------- LOP Registration No : ----------

Specialty : ---------- Telephone : ----/----------

Date : ---- / ---- / ---------- Signature & Stamp :

❖ Documents to be submitted :

1. صورة الهوية او اخراج القيد
2. Detailed Medical Report تقرير الطبيب
3. Physician's prescription الوصفة الطبية
4. Blood tests:
   - Creatinine for all patients
   - PTH-Calcium-Phosphate-Albumin required for One alpha and Mimpara treatment
   - Calcium-Phosphate-Albumin for Renagel and Fosrenol
   - CBC, ferritin, TSAT (Iron/TIBC) for IV Iron and ESAs (Erythropoietin and darbepoetin)
5. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

N.B:

1. This form must be completed by the doctor
2. All information should be attached
3. All attached reports and studies should be original and official

رقم المعاملة