Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Bone Marrow Transplantation

❖ 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 BSA : …….m^2

ICD-10 Specific Diagnosis: …….

❖ Disease :

1. Malignant hematology ……..
2. Benign hematology and others …….
3. Solid tumors ……..

❖ Previous treatment :

1st line ……

2n line ……

❖ Indication for Transplantation : ……..

……

رقم المعاملة

❖ Place of transplant :

1. Hospital Specify : …….

2. Country Specify : ……

Date of transplant : ---------- Organ Transplanted : ……

Source of Organ : ……

❖ 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 with exact dosage & duration – please write clearly - الوصفة الطبية
4. Pathology report (flow cytometry)
5. Molecular studies
6. HLA typing
7. Copy of Drug 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