Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Transplantation (Kidney or other Organs)

❖ 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 : ----------

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 الوصفة الطبية
4. 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