Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Extremities Ulcers

❖ 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: ……cms Weight: …….kg BP:…./…..mmHg BSA: …….m^2

ICD-10 Specific Diagnosis: ……...

Final diagnosis: ……

Treatment dose and duration: …….

❖ 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 (medical reasons for hormonotherapy indications)
3. Physician's prescription الوصفة الطبية
4. Blood Test: Glucose Level, HbA1C
5. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if applicable)
   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