Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Sickle cell Disease (Hydroxyurea)

❖ 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 BP : ……/ …….. mmHg

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

Sickle cell anemia ☐

❖ 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. Blood studies: CBC, Ferritin, LFT's, BUN, Cr, Hemoglobin electrophoresis and other diagnostic cells
5. 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

رقم المعاملة