Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحة العامة

Drugs for autoimmune glomerular disease

❖ 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: CBC, BUN, Creatinine, albumin
5. 24 urine proteinuria or spot urine protein/creatinine ratio
6. Kidney biopsy report
7. ANA (if lupus)
8. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

رقم المعاملة

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