Republic of Lebanon
Ministry of Public Health
Catastrophic Illnesses Medical Committee

الجمهوريـة اللبنانية
وزارة الصحـة العامــة
لجنة الأمراض المستعصية

رقم المعاملة

Dermatological Diseases

❖ Patient Information

اسم المريض الثلاثي : ---------- تاريخ الولادة: -----/----/------- ذكر ☐ انثى ☐

المحافظة والقضاء : ---------- البلدة : ---------- الشارع : ---------- ملك : ---------- هاتف: ----/----

❖ Medical Information :

Previous Medications : ……

Date of diagnosis : …… Years with disease : ……..

Clinical History	…… % BSA Affected by Psoriasis Severity : Moderate to severe ☐ Severe ☐ Nail Involvement ☐ Scalp Involvement ☐ Joint Pain Involvement ☐
Concomitant risk Factors	Obesity ☐ Metabolic Syndromes ☐ Diabetes ☐ Others ……
Diagnosis	Psoriasis (L40) ☐ Hidradenitis Suppurativa (L73.2) ☐ Others ……..

❖ Therapy Requested :

Modificatios	Dosage	Treatment Status	
		New to Therapy ☐	Refill Prescription ☐

❖ Physician Information

Physician name : ---------- **LOP Registration No :** ----------

Specialty : ---------- **Telephone :** ----/----------

Date : ---- / ---- / ---------- **Signature & Stamp :**

❖ Documents to be submitted :

1. اخراج قيد لا يتعدى صلاحيته عن ٦ اشهر مع صورة عن بطاقة الكرنتينا
2. تقرير مفصل من الطبيب المعالج المختص يبين سبب العلاج او سبب تجديده
3. الوصفة الطبية الموحدة واضحة من الطبيب المعالج المختص
4. تقارير الفحوصات المخبرية والشعاعية الاصلية ولا يتجاوز تاريخ اصدارها مدة ٦ اشهر (عند تقديم الطلب لاول مرة)

N.B: This form must be completed by the Treating Physician Personally, and original documents should be attached