Republic of Lebanon
Ministry of Public Health
Catastrophic Illnesses Medical Committee

الجمهوريـة اللبنانية
وزارة الصحـة العامـة
لجنة الأمراض المستعصية

Dermatological Diseases/ xolair

رقم المعاملة

❖ Patient Information

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

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

❖ Medical Information :

ICD -10 Specific Diagnosis : ……

Disease : ……. **Disease Duration : ……**

Previously treated with :

1st Line Treatment : ……...

2nd Line Treatment : ……

3rd Line Treatment : ……...

❖ 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

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