Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Acromegaly

❖ 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

Year of Diagnosis:…… MRI Report: ……
Surgery: ☐ Y ☐ N If Yes Date: ……

Radiotherapy: ☐ Y ☐ N If Yes Date: ……

Medical treatment: ☐ Y ☐ N If Yes name of treatment

Lab. Tests: every 6 months
GH: IGF-I: TSH: HbA1c:

ICD-10 Specific Diagnosis:

❖ 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 (dose & duration) الوصفة الطبية
4. MRI of Pituitary yearly (for renewal)
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