Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Special Formula for Metabolic Diseases / Failure to thrive

❖ 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

Date of Birth:…… Birth Weight : ……kg Current Weight : ……kg

ICD-10 Specific Diagnosis: ……

Final diagnosis: ……

Treatment dose and duration: …….

❖ 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. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if applicable)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

In addition:

If malabsorption:
5. Sweat chloride (for cystic fibrosis)
6. Jejunal biopsy (for celiac or other malabsorption)

if metabolic disease:
5. Amino Acid chromatography in blood and in urine
6. Organic Acid in urine

For Renewal: Confirmatory letter from physician

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