Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Cow's Milk protein Allergy

❖ 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: ……

☐ IgE mediated

☐ non IgE mediated

☐ Specific IgE for Milk allergy (Blood test)

Date of treatment Initiation: ----/----/--------

Duration of Treatment: …….

❖ 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 reportتقرير الطبيب
3. Physician's prescription with exact quantity & duration
4. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if applicable)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)
5. Please write all documents clearly

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