Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Request for Palivizumab (Synagis)

❖ 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

Detailed Medical report during Hospitalisation(gestational age, ….etc)

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 reportتقرير الطبيب
3. صفحة السجل الصحي التي توثق معلومات عن الولادة (عدد اسابيع الحمل)
4. Physician's prescription الوصفة الطبية
5. Copy of Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if applicable)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

In addition for:
- Discharge summary for premature baby
- Discharge summary for chronic lung disease (CLD)
- Recent Echocardiography (≤ one year duration) for hemodynamically significant congenital heart disease
- Sweat Chloride or DNA study for Cystic Fibrosis

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