Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانية
وزارة الصحـة العامة

Hepatitis

❖ 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

☐ **New application** ☐ **Renewal**

Height:……cm Weight : ……kg ICD-10 Specific Diagnosis :

Cause of initial infection : ☐ transfusion ☐ sexual ☐ perinatal ☐ dialysis ☐ IVdrugs

Prior treatment and / or actual treatment (if applicable) :

Drug	Dose	Period (from –to)	Response	Side effects
……..	……	…….	……	……
……..	……	……	……	……

❖ 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 الوصفة الطبية
4. Hepatitis serology : ☐ HbsAg, ☐ HBeAg and HBeAb **OR** ☐ HCV Ab
5. Quantitative PCR : ☐ HBV DNA **OR** ☐ HCV RNA/ genotype
6. Basic Labs: CBC, Platelets, LFTs (ALT, AST, BilT / D, AlkP, γGT, TSP A/G, INR)
7. Liver Biopsy result (if indicated)
8. Copy of Drug Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

رقم المعاملة

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