Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامـة

GnRH Analogues

❖ 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

Height:……cm Weight : …….kg Bp:…./…..mmHg BSA : …….m^2

ICD-10 Specific Diagnosis:……... Tanner stage : ……

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 reportتقرير الطبيب
3. Physician's prescription with exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
4. Copy of Drug Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

In addition:

For precocious puberty:

5. Growth chart
6. Bone Age
7. Pelvic Ultrasound
8. MRI of Brain (if needed)
9. Blood studies: FSH, LH, DHEAS, Estradiol, Testosterone
10. Date of the beginning of treatment

For endometriosis therapy:

5. Histopathology

For Renewal:

1. Confirmatory letter from Physician
2. Yearly. Bone age

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