Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامـة

IVIG for Immune deficiency, ITP, Kawasaki, GB

❖ 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:

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 Drugs Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

In addition:

- **For ITP**: CBC, Bone marrow smear (if needed)
- **For Kawasaki**: CBC, ESR
- **For Primary immune deficiency**: CBC, Platelet, Smear
  Immunoglobulin Quantitation: ☐ 1st measurement ☐ 2nd measurement
  IgG subclasses
- **For Guillain Barré**: ……..
- **For Renewal:** Confirmatory letter from physician

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