Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Vasopressin treatment

❖ 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 BSA : ……m^2 Bp : …../…..mmHg

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. Blood studies: BUN, Creatinine, Electrolytes, Osmolarity (if available)
5. Urine studies: Analysis, Osmolarity (if available)
6. Copy of Drug Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

In addition:

For Diabets Insipidus :
7. Water deprivation test
8. Vasopressin administration test

For Enuresis :
7. Ultrasound Kidneys

For Renewal: Confirmatory letter from physician

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