Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Iron overload

❖ 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: ----------

1- Thalassemia ☐ Sickle cell anemia ☐

2- MDS ☐ others ☐

❖ Physician Information

Physician Name: ---------- LOP Registration No : ----------

Specialty: ---------- Telephone : ----/----------

Date:---- / ---- / ---------- Signature & Stamp :

❖ Documents to be submitted :

1. صورة الهوية او اخراج القيد
2. Detailed MedicalReport تقرير الطبيب
3. Physician's prescriptionwith exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
4. Blood studies: CBC, Ferritin, LFT's, BUN, Cr, Hemoglobin electrophoresis and other diagnostic cells
5. Copy of Drug Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
   صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

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