Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامـة

Peritoneal Dialysis

❖ 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---------- End-Stage renal disease N.18.0

Cause of renal insufficiency : ----------

Date of initiation of peritoneal dialysis : ----------

Daily Ultrafiltration volume : ---------- ml

Residual renal function : ---------- ml

Diabetes: ☐ Heart failure: ☐

❖ Physician Information

Physician name : ---------- LOP Registration No : ----------

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

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

❖ Documents to be submitted :

1. فحص دم كل شهرين: CBC, BUN, Creatinine, electrolytes, Ca, Phos, albumin,
2. فحص دم كل 6 أشهر HDL, Chol, LDL Chol, HbA1c (if diabetic), Triglycerides
3. PET test كل سنتين
4. Nephrologist Report Detailed تقرير الطبيب
5. Nephrologist Prescription with exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
6. صورة الهوية او اخراج القيد
7. Copy of Drugs 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