**Republic of Lebanon**
**Ministry of Public Health**

**الجمهوريـة اللبنانيـة**
**وزارة الصحـة العامـة**

# Multiple Sclerosis Therapy

## ❖ 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 : ……$m^2$

ICD-10 Specific Diagnosis: ----------

Patient's Origin : …… Place of Birth : ……

Place of stay before age 15 : …….. Date of start of Symptoms : …… /……/……..

**Form upon diagnosis :**

**Form according to evolution :** ☐ Benign ☐ R-R-Progressive ☐ Progressive

**Form according to severity :** ☐ Benign ☐ Common ☐ Severe

If R-R or R-R-Progressive : Duration between 1st and 2nd attack : …… Nb. Of attacks till today : …….

**Ambulation** : ☐ Compromised ☐ Uncompromised ☐ Wheelchair ☐ Bedridden

| Sequelae | Mild | Moderate | Severe |
|---|---|---|---|
| Vision | | | |
| Motor | | | |
| Sensory | | | |
| Equilibrium | | | |

| | Mild | Moderate | Severe |
|---|---|---|---|
| Cerebellum | | | |
| Bladder | | | |
| Behavior | | | |
| | | | |

رقم المعاملة

**MRI** ( Dates and Results ) : ……..

……

**CSF** : Cells : ☐ Yes ☐ No Protein Electrophoresis : ☐ Abnormal ☐ Normal

IgG : ☐ Elevated ☐ Normal Oligoclonal Bands : ☐ Present ☐ Absent

**Evoked Potential** : ☐ Yes ☐ No

If yes : ☐ SEP ☐ Normal ☐ Abnormal

☐ BAER ☐ Normal ☐ Abnormal

☐ VEP ☐ Normal ☐ Abnormal

**Association with other chronic infection**

Autoimmune : ☐ Yes ☐ No Metabolic : ☐ Yes ☐ No

## ❖ 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 report تقرير الطبيب
3. Physician's prescription الوصفة الطبية
4. MRIs ( as listed above )
5. CSF
6. Evoked Potential results

واذا كان الدواء Gilenya المطلوب تأمين الفحوصات التالية:

7. Liver function test فحص الكبد
8. Macular exam فحص شبكة العين
9. Varicella titer فحص دم يظهر
10. Copy of Drugs 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