Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

Immune Thrombocytopenic Purpura

❖ 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: …….

First line Therapy

IVIG ☐

Second line Therapy

Rituximab (mabthera) ☐

Immunosupprive Therapies (Cyclosporine, cellcept……) ☐

Vincristin ☐

Cyclophosphasmide ☐

Vinblastin ☐

Revolade (Eltrombopag) ☐

Others ☐

Specify……..

❖ 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:

☐ **First line**: CBC, Bone marrow aspirate (if needed) Peripheral smear

☐ Second line: need the following tests: HIV, HCV Ab, Helicobacter, IgQ, ANA
Bone marrow aspirate

- **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