Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Inflammatory Bowel Diseases

❖ 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

☐ **New application** ☐ **Renewal**

Height: ……cm Weight: ……Kg ICD-10 Specific Diagnosis:

Prior treatment and / or current immunosuppressant (if applicable):

Drug	Dose	Period (from - to)	Response	Side effects
……..	……	……	……	……
……..	……	……	……	……

❖ 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. Reactivation risk: HBs Ag, HCV Ab, PPD, Chest X-Ray
5. Basic Labs: CBC, plts, LFTs (ALT & AST), CRP …
6. Colonoscopy & Pathology Result
7. Imaging if available (CT scan, MRI, …)
8. 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