Republic of Lebanon
Ministry of Public Health

الجمهوريـة اللبنانيـة
وزارة الصحـة العامـة

Xolair

❖ 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- Chronic Idiopathic urticaria ☐

2- Severe Allergic asthma ☐

Previously treated with: - 1st line treatment…….

-2nd line treatment……....

Systemic steroid use over post 1 year: ……

IgE levels……..

❖ Physician Information

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

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

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

❖ Documents to be submitted :

1. اخراج قيد لا يتعدى صلاحيته عن 6 أشهر مع صورة عن بطاقة الكرنتينا
2. Detailed Medical Report تقرير الطبيب
3. Physician's prescription with exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
4. Initial application For asthma:
   - Total IgE level
   - specific Ig E levels or skin test results
   - Recent spirometry
   - Radio thorax صورة للصدر
5. For Asthma & Urticaria renewal : Detailed medical report.

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