



IVIG for Immune deficiency, ITP, Kawasaki, GB

❖ Patient Information

رقم الهوية : رقم بطاقة الكرتينا :

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 :m²

ICD-10 Specific Diagnosis:

Final diagnosis:

Treatment dose and duration:

❖ 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 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:

- **For ITP:** CBC, Bone marrow smear (if needed)
- **For Kawasaki:** CBC, ESR
- **For Primary immune deficiency:** CBC, Platelet, Smear
Immunoglobulin Quantitation: 1st measurement 2nd measurement
IgG subclasses
- **For Guillain Barré:**
- **For Renewal:** Confirmatory letter from physician

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