



Bleeding Disorders

❖ Patient Information

رقم الهوية : رقم بطاقة الكرنيتينا :
 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 :m² BP :/..... mmHg

ICD-10 Specific Diagnosis :

❖ Physician Information

Physician Name : LOP Registration No :

Specialty : Telephone :/...../.....

Date : / / Signature & Stamp :

❖ Documents to be submitted :

- صورة الهوية او اخراج القيد
- Detailed Medical Report تقرير الطبيب
- Physician's prescription with exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
- Blood studies: CBC, Platelets, PT, PTT, Bleeding time
- Exact dosages of Von Willebrand factor, Factor VII, Factor VIII, Factor IX, Fibrinogen (according to case)
- Copy of Drug Dispensing Center Patient Card Should be submitted (if available)
صورة عن بطاقة مركز توزيع الأدوية (اذا وجدت)

N.B:

- This form must be completed by the doctor
- All information should be attached
- All attached reports and studies should be original and official

رقم المعاملة