



## Iron overload

### ❖ Patient Information

رقم الهوية : ..... رقم بطاقة الكرتينا : .....  
 اسم المريض: ..... اسم الأب: ..... الشهر: .....  
 اسم الام: ..... تاريخ الولادة: ...../...../.....  
 ذكر  انثى  
 العنوان  
 المحافظة : ..... القضاء : ..... البلدة : .....  
 الشارع : ..... ملك : ..... هاتف : ...../.....

### ❖ Medical Information

Height : .....cm Weight : .....kg BSA : .....m<sup>2</sup> BP : ...../..... mmHg

ICD-10 Specific Diagnosis: .....

1- Thalassemia  Sickle cell anemia   
 2- MDS  others

### ❖ 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, Ferritin, LFT's, BUN, Cr, Hemoglobin electrophoresis and other diagnostic cells
- 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