



Tracleer (Bosentan)

❖ Patient Information

رقم الهوية : رقم بطاقة الكرنطينا :

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:

- 1- Primary Pulmonary Hypertension
- 2- Secondary or Associated Pulmonary Hypertension

Current treatment:

Stage/ NYHA Class:

6 MWD =meters

❖ 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 الكرنطينا
2. Detailed Medical Report تقرير الطبيب
3. Physician's prescription with exact dosage & duration – please write clearly الوصفة الطبية
4. Blood studies: CBC, SGOT, SGPT
5. PFT's (including spirometry, lung volumes diffusion capacity)
6. Radio thorax صورة للصدر
7. Echocardiography

رقم المعاملة

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