



رقم المعاملة

OSTEOARTHRITIS

 New Application

 Renewal

Patient Information

أنثى ذكر تاريخ الولادة: -----/-----/----- :
 المحافظة والقضاء : ----- : البلدة : ----- : الشارع : ----- : ملك : ----- :
 هاتف : ----- : رقم بطاقة الهوية : ----- :

Medical Information

➤ Diagnosis:

Osteoarthritis	Sites
<input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Secondary (Specify):.....	<input type="checkbox"/> Knee <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Ankle <input type="checkbox"/> Others

➤ Detailed report, including:

- Disease Duration
- Serology/Imaging
- Risk factors
- Comorbidities

Treatment Information

➤ Therapy requested

Treatment Requested <input type="checkbox"/> Hyaluronic Acid : Specify.....	Dosage:.....
Patient's WeightKg; Patient's Height.....Cm Age:.....	Frequency: Treatment Expected Duration:

➤ Previous/Concomitant Therapy (Duration):

<input type="checkbox"/> Symptomatic (Specify):	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Numbers: Duration (years):.....
<input type="checkbox"/> Oral SYSADOAs (Specify):	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Numbers: Duration (years):.....
Local Injection: <input type="checkbox"/> Corticosteroids <input type="checkbox"/> Hyaluronic Acid	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Numbers: Duration (years):.....

Physician Information

Name:..... Specialty LOP Registration No:.....

Phone Nb:.../..... Date : ... /... /..... Signature & Stamp :

❖ Documents to be submitted :

1. اخراج قيد لايتعدى صلاحيته عن ٦ اشهر مع صورة عن بطاقة الكرنيتينا
2. الوصفة الطبية (واضحة) من قبل الطبيب المعالج
3. تقارير الفحوصات المخبرية والشعاعية (حديثه)

4. **N.B.:** This form must be completed clearly by the treating physician, all information and original documents should be attached