



OSTEOPOROSIS

رقم المعاملة

New Application

Renewal

Patient Information

إسم المريض الثلاثي : تاريخ الولادة: :/...../..... ذكر أنثى
المحافظة والقضاء : البلدة : الشارع : ملك :
هاتف : رقم بطاقة الهوية :

Medical Information

➤ Diagnosis:

<input type="checkbox"/> Primary Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Secondary Osteoporosis <input type="checkbox"/> Corticosteroids <input type="checkbox"/> Others
<input type="checkbox"/> BMD (T score) :.....	Fractures (sites)
<input type="checkbox"/> FRAX :.....	<input type="checkbox"/> Vertebral <input type="checkbox"/> Hip <input type="checkbox"/> Wrist <input type="checkbox"/> Others

➤ Detailed report, including:

- Disease Duration
- Serology/Imaging : Bone markers, Vit D3, hormones, Creatinine, Xray, Osteodensitometry, ,Others ...
- Risk factors : Smoking, Alcohol, Chronic inflammatory diseases...

Treatment Information

➤ Therapy requested

Treatment Requested <input type="checkbox"/> Denosumab <input type="checkbox"/> Teriperatide(PTH) <input type="checkbox"/> Zoledronate	Dosage:..... Administration mode: <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Others
Patient's WeightKg; Patient's Height.....Cm Age:.....	Frequency: Treatment Expected Duration:

➤ Previous/Concomitant Therapy (Duration):

<input type="checkbox"/> HRT:.....	<input type="checkbox"/> SERMs/ SARMs	<input type="checkbox"/> iRANKL
<input type="checkbox"/> Oral/IV Biphosphonates:.....	<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/> Others:.....

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 الكرتينا
2. الوصفة الطبية (واضحة) من قبل الطبيب المعالج
3. تقارير الفحوصات المخبرية والشعاعية (حديثة)
4. **N.B :** This form must be completed clearly by the treating physician , all information and original documents should be attached