



PROJECT  
SHARE

It's time to give back.

# نبرع بالدواء

## نموذج طلب

\* يرجى ملء هذا الطلب باللغة الإنجليزية فقط

Date:- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ التاريخ:-

السنة      اليوم      الشهر

**This is a request made by:**

**هذا الطلب مقدم من:-**

- المريض نفسه       جمعية لمرضى النزف الوراثي       طبيب/ مركز معالج لمرض النزف الوراثي  
 A physician/treatment center       A national/local hemophilia society       An individual patient

Patient Information		بيانات المريض	
Name of patient		أسم المريض:-	
Address:		العنوان:-	تاريخ الميلاد(شهر / يوم / سنة) -----/-----/----- Birth date (M/D/Y):
وزن المريض:- كيلوا (KG) / أو رطل (lbs) ؟ (تخير واحده وضع خط)		Country	البلد:-
E-mail:-	عنوان البريد الالكتروني:-	Fax:	رقم الفاكس:-
VWD: مرض فان ويلبرند		Severity: شدة النزف:-	deficiency نوع العنصر الناقص المسبب للنزف:-
هل يعاني المريض من وجود أجسام مضادة لهذا الدواء؟ Does patient have an inhibitor?      لا <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/>		هل المريض قادر على حفظ وتحضير وحقن الدواء بنفسه في المنزل؟ Is the patient able to store, mix and infuse factor at home? لا <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/>	

Person Making Request		بيانات الشخص مقدم الطلب	
Name of person requesting factor for patient		أسم الشخص مقدم هذا الطلب:-	
Relationship with patient		علاقة مقدم الطلب بالمريض:-	
Country:      البلد:-	Address	عنوان مقدم هذا الطلب:-	
Fax      رقم الفاكس:-	E-mail      البريد الالكتروني:-	Telephone	رقم تليفون مقدم الطلب:-
هل سبق لك طلب هذا النوع من الدواء من أى جمعية أو منظمة أخرى لحالة النزف الحالية؟ من فضلك أذكر المعلومات عن تلك المرات:- Have you requested factor from any other organizations for this bleed? Please list:			

## بيانات الطبيب المعالج

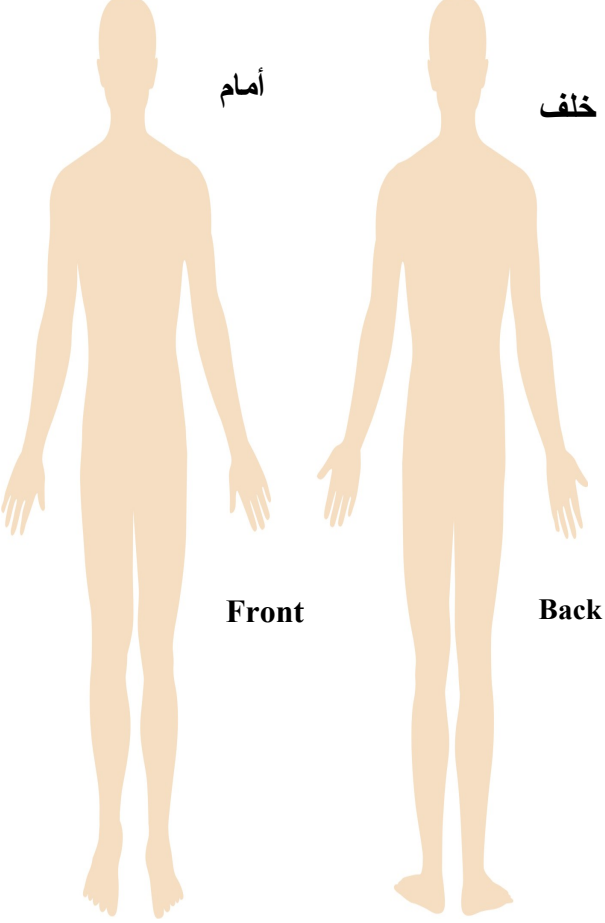
Asm al-Tayyib:-		
Physician name:		
هل الطبيب المعالج هو اختصاصى فى أمراض الدم؟ <input type="checkbox"/> نعم (yes) <input type="checkbox"/> لا (No)		
Is this physician a hematologist?		
اسم المستشفى التى يعمل بها:-		
Hospital name		
عنوان المستشفى التى يعمل بها:		
Hospital address:		
البلد:-		
Country:		
رقم الفاكس:- Physician Fax	رقم تليفون الطبيب:- Physician telephone	عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالطبيب Email

## بيانات الشحن للدواء

أشحن هذا الدواء إلى:-		
Ship factor to:		
<input type="checkbox"/> المريض (Patient)	<input type="checkbox"/> الطبيب المعالج (Physician)	<input type="checkbox"/> جمعية مرضى النزف التابع لها المريض (Hemophilia society)
أشحن الدواء عن طريق:-		
Ship via:		
<input type="checkbox"/> شركة فيدكس (Fed Ex)	<input type="checkbox"/> شركة دى أتش أل (DHL)	<input type="checkbox"/> بوسائل أخرى (Other)

## معلومات طبية

هل المريض فى الوقت الحالى يتلقى علاج ما بسبب الإصابة الحالية؟  
 بلازما مجمدة (FFP)  كرايو (Cryo)  الدواء المضاد للنزف المركز (Factor concentrate)  أخرى

	<p>من فضلك حدد درجة أهمية هذا الطلب بالاختيار لواحدة مما يلي:-</p> <p><b>١- طوارئ (Emergency):-</b></p> <p><input type="checkbox"/> نزف مهدد للحياة (Life threatening)</p> <p><input type="checkbox"/> نزف مهدد لظرف من أطراف الجسم (Limb threatening)</p> <p><input type="checkbox"/> عملية جراحية (Surgery)</p> <p>طبيعة الحالة الطارئة للمريض (Nature of the emergency)</p> <p>تخير واحدة مما يلي وحدد ذلك على الرسم التوضيحي فى المقابل ←</p> <p><input type="checkbox"/> نزيف بالرأس (Head bleed)</p> <p><input type="checkbox"/> نزيف بالجهاز الهضمى (GI Bleed)</p> <p><input type="checkbox"/> نزيف بطنى داخلى (Abdominal Bleed)</p> <p><input type="checkbox"/> نزيف بالجهاز العصبى المركزى (CNS)</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى</p> <p><b>٢- حالات غير طارئة (Non-emergency)</b></p> <p><input type="checkbox"/> جراحة مستقبلية (Surgery)</p> <p><input type="checkbox"/> نزيف فى منطقة معينة</p> <p>أ- أذكر منطقة النزف</p> <p>ب- حدد منطقة النزف على الرسم المقابل ←</p> <p><input type="checkbox"/> للوقاية من النزف / عند الحاجة (Prevention)</p> <p><input type="checkbox"/> كمية للاستخدام فى المعسكرات (تطلب قبل ثلاث شهور من المعسكر) (For camp)</p> <p><input type="checkbox"/> التخزين لوقت الطوارئ (خاص بمراكز النزف والجمعيات فقط)</p> <p><input type="checkbox"/> استخدامات أخرى</p>
---	--

Type of factor concentrate requested: ----- <input type="checkbox"/> العنصر الثامن ( VIII ) <input type="checkbox"/> العنصر التاسع ( IX ) <input type="checkbox"/> أخرى ( Other )	نوع العنصر المطلوب في هذا التبرع:-
Assay size needed (1000 IUs) وحدة دولية ( 1000 IUs ) <input type="checkbox"/> ٥٠٠ وحدة دولية ( 500 IUs ) <input type="checkbox"/> ٢٥٠ وحدة دولية ( 250 IUs )	١- حجم العيوات المفضلة:
Total IUs needed -----	٢- عدد الوحدات الكلية المطلوبة:-
هل جمعية مرضى النزف المنتمى لها المريض مسجلة في الاتحاد العالمي لمرض النزف الوراثي ( الهيموفيليا)؟ Is your hemophilia society registered with the World Federation of Hemophilia? <input type="checkbox"/> لا ( NO ) <input type="checkbox"/> نعم ( yes )	

أقر أن جميع البيانات السابقة صحيحة على حد معرفتي. وأنى أتحمل المسؤولية الكاملة للتأكد من أن الدواء سوف يستخدم فقط للمريض السابق ذكر أسمه وللحالة المشار إليها في الأعلى. وسوف أقوم بملء جميع الوثائق المطلوبة من قبل جمعية " كيلي للتواصل " والمنصوص عليها في استمارة الشروط الخاصة بالتبرع والتي قد استلمتها.

الإسم كاملاً بخط واضح وبالأحرف المنفردة ----- Printed name (please print CLEARLY)	توقيع المريض أو من ينوب عنه في هذا الطلب ( ضروري ) ----- Signature of patient/family member (REQUIRED)
أسم الرئيس كاملاً بخط واضح وبالأحرف المنفردة ----- Printed name (please print CLEARLY)	توقيع رئيس جمعية مرضى الهيموفيليا المنتمى لها ( ضروري ) ----- Signature of President, national hemophilia society(REQUIRED)
أسم الطبيب المعالج بخط واضح وبالأحرف المنفردة ----- Printed name (please print CLEARLY)	توقيع الطبيب المعالج المذكور في الصفحة السابقة ( ضروري ) ----- Signature of attending physician from page one (REQUIRED)

**إعلان إخلاء مسؤولية:-**  
جمعية "كيلي للتواصل" تقدم هذا التبرع الدوائي للمريض المذكور أسمه فقط سابقاً. وهذا الدواء خاص فقط لمعالجة حالات النزف الشديدة والمستمرة الراجعة للإصابة بمرض النزف الوراثي ( الهيموفيليا). وهذا الدواء غير مخصص بأي حال من الأحوال لإعادة بيعه أو لاستخدامه لغير وقف حالة النزف للمريض المذكور. والجمعية تعلن عدم مسؤوليتها عن فقد أو سرقة أو إساءة استخدام المنتج بعد قيامها بعملية شحنه. ولا تستطيع الجمعية أن تتضمن أو تؤكد إمكانية قيامها بالتبرع بأي كميات إضافية من هذا الدواء بعد شحن الكمية الحالية. ونشير إلى أن تقييم الطلبات المقدمة يكون على أساس مدى حاجة المريض حيث يعطى المريض الذي يعاني من حالات حرجة الأولوية الأولى. كما نوضح أن المنتج لهذا العقار قد لا يكون على علم بهذا التبرع وهو غير مسنول قانونياً عن حالة الدواء المتبرع به.

الرسوم التوضيحية: جميع حقوق الطبع محفوظة لجمعية "ل. ا. كيلي للتواصل" ووكلائها المرخصين. ٢٠٠٧  
Illustration: Copyright © 2007 LA Kelley Communications, Inc. and its licensors. All rights reserved.