Appendix 19

DERMATOLOGY DEPARTMENT
PHOTOBIOLOGY UNIT
(PUVA / UVA / UVB)

وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH

Date : / /

Pt. Name الاســـم:	
Sex.: الجنـس:	File No. رقم الملـف:
Nationality: الجنسية:	D.O.B.: العمر/تاريخ الميلاد:

Diagnosis : ○ Psoriasis ○ Vitiligo
○ Others (Specify) : _____

Date	Dose	Frequency	Doctor	Nurse	Side effects
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					

Remarks :

.....

.....

.....

.....

75 40 HA 000 7855 نموذج متابعة العلاج الضوئي

Rev.Date (03-1998)

FOLLOW UP NOTES

DERM 4