

北京华康公益基金会-葆卫明天患者援助项目
项目专用处方

领药处方联

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

项目医院：_____ 项目医生：_____

临床诊断： 乳腺癌 淋巴瘤 卡波氏肉瘤 卵巢癌 骨肉瘤 骨髓瘤

RX 盐酸多柔比星脂质体注射液（里葆多）

药品规格：20mg

药品数量：_____支

项目医生签字：

处方时间：

(处方日期7天有效，如过期，需要重新开具。)

注：

- 1.患者需根据项目办公室通知的领药日期，自行安排时间到项目医生处开具项目专用处方，处方信息填写完整，无涂改，如有涂改需要项目医生在涂改处签字。
- 2.本处方分2联，领药联用于本次领药时交至项目药店，注射联在注射后填写完整，用于下次领药申请使用；如不需要继续用药，需将注射联交还项目药店。