

北京华康公益基金会-葆卫明天患者援助项目
项目专用注射联

领药注射联

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

处方时间：

(此日期为上一轮援助药品的处方日期)

本次注射剂量：

是否注射： 是 否

您的空瓶和空包装已交由医院进行回收 是

患者签字：

时间：

(此日期为上一轮领取的援助药品的注射日期)

注：

1.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。

2.处方日期7天有效，如过期，需要重新开具。