

中国初级卫生保健基金会 **卫爱续航** 肝癌 患者援助项目

# 卫爱续航-肝癌患者援助项目

## 项目专用处方

姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_

项目医院 \_\_\_\_\_ 项目医生 \_\_\_\_\_

临床诊断:

**Rx**

患者体重: \_\_\_\_\_ KG

建议服用剂量:  8mg/天  12mg/天 其他 \_\_\_\_\_

本次援助药品仑伐替尼 (商品名: 乐卫玛®) 数量: \_\_\_\_\_ 盒 (一个月用量)

项目医生签字、盖项目章:

处方时间:

注:

- 1、项目处方开具七天之内有效, 请项目医生务必填写处方时间;
- 2、项目处方必须由项目医生签字、盖项目章;
- 3、此处方仅供患者领取援助药品使用。