

诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 药品领取记录

患者姓名：	性别：
年龄：	手机号码：
身份证号码：	
本项目药品知情确认： <ul style="list-style-type: none">在领取药品时仔细确认药品外包装是否破损以及是否为本项目专用标签“捐赠药品，不得销售”，如发现问题，请第一时间和发药老师确认。赞可达®需要在25摄氏度以下保存，避光、防潮、防热等，若您未能按要求保存，造成药品变质，所导致的一切后果由患者自行负责。本项目药品一经离开项目药房，因上述原因导致药品出现问题，项目办公室概不负责。参加本项目每次最多领取50天标准用量的赞可达®（规格：150mg/粒，150粒/盒）药品。患者需注意药板的保留，在下次领药时将空药板回收至药店。	
我已认真阅读上述内容，并已理解所约定事项。我自愿申请并加入诺爱患者援助——赞可达患者援助项目并遵守项目的相关规定。	
患者签字：	日期：
领药信息	
领药地点：	领药时间：
领取赞可达® 150mg/粒，150粒/盒，共壹（1）盒；药品批号：_____	
您参加本项目的本次药品领取完毕。	
已检查确认，赞可达®壹（1）盒包装完整，无破损。	已检查确认，赞可达®壹（1）盒包装完整，无破损。
患者签字：	发药员签字：
日期：	日期：

备注：

本表格一式三份，患者、药房、项目办各自保留一份签字文件。

中国妇女发展基金会保留（此页由发药员邮寄至项目办）