

诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 项目专用处方签

患者姓名： 赵X 性别： XX 年龄： XX岁

<p>临床诊断： 按实际诊断情况填写</p>	<p>R:</p> <p>按实际诊断情况填写</p> <p>Sig: 用法用量 _____ mg, 每日 <u>1</u> 次</p> <p>医院名称： <u>北京xxxxxxxxx医院</u></p> <p>项目注册医生签字： <u>李XX</u></p> <p>日期： <u>20xx年 xx月 xx日</u></p>
----------------------------	---

备注：

1. 本处方仅在患者收到项目办公室审核通过的短信通知后，方可用于领取援助药品，有效期为接到通知后10个工作日内。
2. 处方原件患者需妥善保存，无需邮寄项目办，在领取援助药品时交由药店保存。