



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：_____ 性别：_____ 年龄：_____

临床诊断：	R： Sig：用法用量 _____ mg，每日 _____ 次 医院名称： _____ 项目注册医生签字： _____ 日期： _____
-------	---

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。