

北京华康公益基金会

项目专用处方

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

项目医院 _____

项目医生 _____

临床诊断：

肺癌

其他 _____ (请填写疾病名称)

Rx:本次援助药品注射用盐酸曲拉西利(药品名:科赛拉®) 药品数量: _____ 盒

项目医生签字: _____

处方时间: _____

注：

- 1、项目处方开具七天内有效，请医生务必填写处方时间；
- 2、项目处方必须由项目医生签字或盖章；
- 3、此处方仅供患者申请药品使用。