北京华康公益基金会
科学守卫·赛佑新生-患者援助公益项目
援助药品 (科赛拉®) 注射联

姓名_____性别_____年龄_____

项目医院_____项目医生_____

领药日期: _____领药数量: _____/盒

注射日期: _____用药数量: _____/盒

注射地点: _____

医院/注射点回收空包装: 是 否

患者签字: _____

项目医生签字: _____

注:

1. 患者可提交原始注射凭证 (如注射费用清单、注射记录单、出院小结等), 或填写本表作为注射凭证提交至项目办, 需项目医生签字或盖章。
2. 注射联在注射后填写完整, 用于下次领药/申请使用; 如不需要继续用药, 需将注射联交还项目药店或拍照至项目电子邮箱。