



适时把握，加持未来—急性髓系白血病患者援助项目 项目专用处方

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

项目医院 _____ 项目医生 _____

临床诊断:

Rx

建议服用剂量: 40mg* ____ 片/天

项目医生签字:

处方时间:

注:

- 1、项目处方开具七天之内有效，请项目医生务必填写处方时间；
- 2、项目处方必须由项目医生签字；
- 3、此处方仅供患者领取援助药品使用。