**北京癌症患者关爱基金会特罗凯-特殊患者援助项目**

**项目医生专用处方**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者姓名：** | **身份证号：** |
| **项目医院：** | |

**临床诊断：**

**Rp:**

**特罗凯（盐酸厄洛替尼片）:**

项目医生: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

处方时间: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

领取特罗凯药品数量规格：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者签收：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*注

每份处方最多只允许处方1个月的药量。此联两个月有效，过期无法领取援助药品。

此联一式两份，每次领取援助药品时，患者领取签收后两联都交给发药药师。