

中国初级卫生保健基金会

生命捷力-多发性硬化症患者援助项目

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

特立氟胺片 (奥巴捷®) 14mg × _____ 盒

项目医生签字、盖项目章:

处方时间:

注:

- 1、项目处方三天有效;
- 2、项目处方必须由项目医生签字、盖项目章;
- 3、此处方仅供患者领取援助药品使用。