

中国癌症基金会泰立珂患者援助项目 援助药品使用记录单

患者姓名：

入组编号：

以下由指定医生填写

用药周期：

每周一次 每两周一次 其他_____

用药日期及剂量：

用药日期：_____，治疗剂量：_____mg

请确认剩余药品（如有）及空药瓶/盒已严格按照医疗垃圾进行处理

指定医生签字：_____

指定医生项目专用章：_____

填表日期：_____

备注：

1. 每次完成援助药品皮下注射后须将此表填写完整。
2. 第2支援助药品使用记录需与后续申请材料一起上传至微信公众号。
3. 此表格原件在每一支援助药品签收成功后，交由配送员回收至指定药房，请妥善保管。