

费凡掌控 - 前列腺癌患者援助项目

专用处方

姓 名		年 龄		性 别	
项目医院					

Rp:

注射用醋酸地加瑞克（费蒙格[®]） 1 盒（120mg/2 支 / 盒），
皮下注射（仅腹部区域）。

「基
金
会
联」

项目医生**签字**：

项目医生**盖章**：

处方时间：

* 本项目处方有效期 1 个月，逾期无效

* 需项目医生签字盖章

项目电话：010-58103290 周一至周五：9:00-12:00 13:00-17:30

邮政信箱：（只接收EMS邮政特快专递）：

湖北省武汉市武昌区姚家岭揽投部中国初级卫生保健基金会费凡掌控-前列腺
癌患者援助项目办公室