

说明

患者姓名： _____

身份证号码： _____

1. 患者在援助期间中断领药时间超过 35 天后，后续仍需要并适用注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）；
2. 患者在持续复查；
3. 当前患者身体状况良好，需要继续使用注射用醋酸地加瑞克注射液（费蒙格®）；
4. 患者在暂停领药期间，并未停止治疗。

项目医生签字：

项目医生盖章：

时间：