

基金会联

中国初级卫生保健基金会
苏达新生患者援助项目

项目处方

姓名		年龄	
性别	☐ 男 ☐ 女	项目医院	
临床诊断： ☐ 非胰腺神经内分泌瘤 ☐ 胰腺神经内分泌瘤			

注：若诊断为非本项目援助范围疾病类型，此处方无效

RX:

苏泰达®（索凡替尼胶囊）____ 盒，50mg/粒，14 粒/板，3 板/盒

用法用量： 每日一次，每次 ____mg/____粒, 口服;

项目医生签字:

项目医生盖章:

处方时间:

*本项目处方有效期 2 周（14 天），逾期无效。

*需项目医生签字盖章。

第一联

基金会联