



中国初级卫生保健基金会
生命绿洲患者援助公益基金
“因你同行”血友病患者援助项目

专用处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

临床诊断为甲型血友病 是 否

RP: 安佳因®

7500IU 15000IU 22500IU 30000IU

其他 _____ IU

项目医生签字/盖章:

处方时间:

*本项目处方有效期3个月,逾期无效。

*需项目医生签字/盖章。

*安佳因®药品储存条件为2°C~8°C,不可冷冻。