



“因你同行”血友病患者援助项目  
ITI 药品援助  
项目处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

是否需要 ITI 治疗： 是 否

RP: 安佳因<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ IU \_\_\_\_\_支

(每次上限领取额度 100 支/1000IU)

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<sup>®</sup>药品储存条件为 2°C~8°C, 不可冷冻。