



“因你同行”血友病患者援助项目
河南专项药品援助
项目处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

是否需要安佳因®治疗： 是 否

RP: 安佳因® 7500IU 15000IU 20000IU 其他_____

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。