

脊活新生——脊髓性肌萎缩症SMA患者援助项目

援助药品领取、注射记录单

样表1

援助药品信息：	
药品名称： 诺西那生钠注射液	药品规格： 5ml:12mg（按诺西那生计）
储运条件： 2—8℃，不得冷冻	有效期： 36个月

配送药品明细：（项目药师填写）			
患者姓名：	患者编号：		
配送地址：			
项目药店：			
项目医生：	项目药师：		
药品名称	药品批号	有效期	数量
是否为冷链专用包运输：		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否核对患者/监护人身份证原件：		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
实际送达时间：		_____年_____月_____日_____时_____分	
送达时温度：		_____℃	
是否完成药品外包装空盒的收回：		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
项目药师签字：		_____	

注射药品明细：（项目医生填写）	
是否销毁空药瓶：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否完成注射：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
项目医生签字：_____	

领取药品明细：（患者/监护人填写）	
	患者姓名： _____ 患者编号： _____
药品 领取 知情 同意书	<p>援助药品（诺西那生钠注射液）签收注意事项：</p> 1、援助药品诺西那生钠注射液作为冷链药品，其储运温度为2—8℃，不得冷冻； 2、您在领取药品时需确认温度符合要求，并在温度打印单上签字确认； 3、签收时需确认药品外包装完好无误； 4、如发现问题请在第一时间与项目药师进行确认； 5、有机玻璃外盒为物流运输的加固保护包材，不属于药品外包装； 6、援助药品一旦经您签收，如因个人原因导致药品出现问题，项目办公室概不予以负责。 我已经认真阅读上述内容，并已经知晓违规操作可能发生的后果。我自愿加入“脊活新生——脊髓性肌萎缩症SMA患者援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定。
	患者/监护人签字： _____ 日期： _____年_____月_____日
领药 记录	我于_____年_____月_____日领取援助药品诺西那生钠注射液（5ml:12mg）_____支， 药品批号：_____。交回诺西那生钠注射液空药盒_____个。
	患者/监护人签字： _____ 日期： _____年_____月_____日