

脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目 专用处方

文件 6

患者信息			
姓名		年龄	
性别		项目医院	
临床诊断：5q 脊髓性肌萎缩症（SMA）			
<p>Rp：</p> <p>诺西那生钠注射液 __1__ 瓶（5ml/12mg），注射用药</p> <p>建议用药时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			
项目医生 (签字并盖章)		处方时间	
<p>注：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 专用处方自处方日期起有效期 14 天，逾期无效。 • 专用处方需在用药前 3 个工作日内上传至项目微信公众号，审核之后按预约时间配送。 • 项目处方在领取援助药品时提交项目药房。 • 患者需要了解可能影响援助药品注射的医学因素，如遇需要调整配送时间的情况需经项目医生确认后告知项目办公室。 			