



北京白求恩公益基金会
“白求恩·晴可舒®公益捐助项目”
项目专用处方

姓名_____性别_____年龄_____

项目医院_____项目医生_____

临床诊断:

Rx:

建议服用剂量:

本次援助药品醋酸阿比特龙片（商品名：晴可舒®）数量：_____盒（0.25g/片，
120片/盒）

项目医生签字:

处方时间:

注:

- 1、项目处方开具七天内有效，请项目医生务必填写处方时间；
- 2、项目处方必须由项目医生签字；
- 3、此处方仅供患者领取援助药品使用。

