

赫赛莱援助药品使用记录

患者姓名：_____入组编号：_____

身份证号：_____

用药医院名称：_____

用药日期及时间：_____年_____月_____日_____时

本次注射赫赛莱剂量：_____mg

_____瓶赫赛莱（100mg/瓶）

_____瓶赫赛莱（160mg/瓶）

空药瓶及空药盒已经交由医疗机构回收销毁：是 否

患者签字：_____

指定医生签字：_____项目专用章：_____

注意事项：

- 1、本记录表仅供记录援助药品使用情况。
- 2、每次患者完成援助药品注射后，须将此页拍照上传项目微信小程序。
- 3、作为项目指定医生，特此确认：已审阅该患者针对本次援助药品的用药记录。
- 4、作为患者，特此确认：以上填写内容真实，有效。