

## 泰圣奇援助药品使用记录（肝癌）

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

本次注射泰圣奇剂量：\_\_\_\_\_mg

用药日期及时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时

本次注射安维汀剂量：\_\_\_\_\_mg

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：\_\_\_\_\_

填写日期：\_\_\_\_\_

### 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公众号。
- 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。