中国初级卫生保健基金会　生命绿洲患者援助公益基金

生命之钥 – 肿瘤免疫治疗患者援助项目

专 用 处 方

姓名		年　　龄	
性别		项目医院	

基金会联

临床诊断：

RX：

帕博利珠单抗注射液（可瑞达®）_____mg/周期。

项目医生签字：

项目医生盖章：

处 方 时 间：

*本项目处方有效期1个月，逾期无效.
*需项目医生签字盖章