中国初级卫生保健基金会
维系·深呼吸 – 特发性肺纤维化共付专项患者援助项目
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

乙磺酸尼达尼布（维加特®）：_____mg × _____盒

项目医生签字:

处方时间:

注:

- 1、项目处方三天有效;
- 2、项目处方必须由项目医生签字;
- 3、此处方仅供患者申请援助药品使用。