

中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目专用处方

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

经诊断，患者确诊胃肠间质瘤建议使用使用瑞派替尼治疗，_____瓶瑞派替尼药品，该患者无使用禁忌症。

项目医生签字盖章：_____

处方日期：_____

*本项目处方有效期7天，逾期无效。

