

生命礼赞-法布雷病患者援助项目

专用处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

临床诊断：

Rp：

注射用阿加糖酶 β （法布赞®）_____（mg/kg/2周），注射用药。

基金会联

项目医生签字/盖章：

处方时间：

注：1.一式两联，均需项目医生签字或盖章。

2.此联自填表日起有效期7日，逾期无效。

生命礼赞-法布雷病患者援助项目

专用处方

姓名		年龄	
性别		项目医院	

临床诊断：

Rp：

注射用阿加糖酶 β （法布赞®）_____（mg/kg/2周），注射用药。

药
房
联

项目医生签字/盖章：

处方时间：

注：1.一式两联，均需项目医生签字或盖章。

1. 此联自填表日起有效期 7 日，逾期无效。