

援助药品领取单

患者审核编号/领药码（必填）： _____

经中关村精准医学基金会与“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室审核，患者（姓名）： _____ 手机号： _____ 身份证号： _____

_____ 符合本项目条件，已被批准获得该项目援助药品：安佰诺®（注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白）共（____）支，并于 _____ 年 _____ 月 _____ 日在领药药店（项目药店全称）： _____

_____ 领取援助药品，药店所在（省/直辖市）： _____ 志愿者： _____。

领药需知：

安佰诺®（注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白）作为冷链药品，需要患者在拿到援助药品后于 2° C 至 8° C 保存药品，若患者未能按要求保存药品，导致的一切后果由患者自行负责。因冷链产品的特殊性，患者需要自备冷藏包，请患者严格按照冷藏包使用方法进行使用和保存，以保证药品的保存温度符合冷链药品需求。

该患者自愿申请“安心健行-安佰诺®援助项目”，同意并将严格遵守项目的相关规定。患者已认真阅读上述内容，并已知晓未在 2° C 至 8° C 保存安佰诺®—注射用重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白可能发生的后果。

药品名称	批号	剂型	规格	数量	有效期	备注
安佰诺®			25mg/支			

领取人签字（患者）： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

发放人签字（药店）： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

备注：患者领药时，请携带本人身份证原件或复印件；若患者本人无法领取，代领人需携带患者身份证原件或复印件，代领人身份证原件或复印件及授权委托书领取药品。