



中国初级卫生保健基金会 爱普新生-肿瘤电场治疗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WHO IV级胶质母细胞瘤

建议使用使用肿瘤电场治疗，_____盒电场治疗贴片，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。

