1. ФГБОУ ВО КрасГМУим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
2. Фармацевтический колледж

## ДНЕВНИК

**производственной практики**

Наименование практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений»

Ф.И.О\_\_\_Шромова Юлия Витальевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «\_\_\_17\_\_» \_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 20\_20\_\_ г. по «\_\_30\_\_\_» \_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_20\_\_20\_ г.

Руководители практики:

Общий – Ф.И.О. (его должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Непосредственный – Ф.И.О. (его должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методический – Ф.И.О. (его должность) \_\_Казакова Елена Николаевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск

2020

## Содержание

## 1. Цели и задачи практики.

## 2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.

## 3. Тематический план.

4. График прохождения практики.

5. Инструктаж по технике безопасности.

6. Содержание и объем проведенной работы.

7. Отчет по производственной практике (цифровой, текстовой).

**1. Цель и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, формировании компетенций, составляющих содержание профессиональной деятельности фармацевта.

**Задачами** являются:

1. Ознакомление с организацией работы фармацевтического персонала по приему рецептов, отпуску по ним лекарственных препаратов, безрецептурному отпуску, фасовочным работам, получению товаров аптечного ассортимента от поставщиков.
2. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с фармацевтическим персоналом и клиентами аптечных организаций.
3. Формирование умений проведения фармацевтической экспертизы рецепта, отпуска товаров аптечного ассортимента, приемки товара, формировании заявок на товары.
4. Формирование практического опыта ведения первичной учетной документации.

**2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.**

**Приобрести практический опыт:**

* соблюдение требований санитарного режима, охраны труда, техники безопасности;
* ведение первичной учетной документации.

**Освоить умения:**

* организовывать работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности;
* организовывать прием, хранения , учет, отпуск лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента в организациях розничной торговли;
* пользоваться компьютерным методом сбора, хранения и обработки информации, применяемой в профессиональной деятельности, прикладными программами обеспечения фармацевтической деятельности.

**Знать:**

* законодательные акты и другие нормативные документы, регулирующие работу аптечных организаций;
* хранение, отпуск (реализация) лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента;

порядок закупки и приема товаров от поставщика

**3. Тематический план**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | **Количество** | |
| **дней** | **часов** |
| 1. | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций | 3 | 18 |
| 2. | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. | 2 | 12 |
| 3. | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. | 1 | 6 |
| 4. | Проведения фасовочных работ в аптечных организациях. | 1 | 6 |
| 5. | Порядок составления заявок на товары аптечного ассортимента оптовым поставщикам. | 1 | 6 |
| 6. | Порядок приема товара в аптечных организациях. | 4 | 24 |
|  | Итого | 12 | 72 |

**4. График прохождения практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время начала  работы | Время окончания работы | Наименование работы | Оценка/Подпись руководителя |
| 17.06.-20.06.20 |  |  | Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов) |  |
| 22.06-23.06.20 |  |  | Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов). |  |
| 25.06-26.06.20 |  |  | Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов). |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов)

**Таблица 1** - Проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога оборудуется: Стол с выдвижными ящиками; стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой; шкафом для хранения документов; различными канцтоварами; необходимой техникой. |
| Оборудывание | Рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером. |
| Нормативные документы, справочники и другое | На рабочем месте необходимо иметь:   * действующий прейскурант цен * тарифы на изготовление лекарственных средств * последнее издание ГФ * таблицы высших разовых и суточных доз * таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов * Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского * Государственный реестр ЛС * таблицы цен * тарифы на изготовление лекарств * учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:   * Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки * Плановый (менеджер отела закупок, основываясь на данных, получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов) * Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты) * Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала. * Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала). Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Фарм. работник проставляет отметку на рецепте об отпуске ЛП с указанием:   * наименования аптечной организации (ФИО индивидуального предпринимателя) * торгового наименования, дозировки и количества отпущенного ЛП * ФИО фармацевтического работника, отпустившего ЛП, и его подписи * даты отпуска ЛП * штампа «Лекарственный препарат отпущен» * Все неправильно выписанные рецепты остаются в аптеке, погашаются штампом «Рецепт недействителен» и регистрируются в журнале неправильно выписанных рецептов. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы являются основанием для записей в регистрах бухгалтерского учёта. Они содержат обязательные реквизиты:   * наименование документа * дата составления документа * наименование организации, от имени которой составлен документ * содержание хозяйственной операции * измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении * наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции * личные подписи указанных лиц   Первичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

**Таблица 2** - Проект рабочего места фармацевта производственной аптеки по приему требований-накладных от медицинской организации.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога по приему рецептов оборудуется секционным столом, шкафом со встроенными вертушками для приготовленных лекарств, шкафом для хранения лекарств, содержащих медикаменты списка А, холодильником. |
| Оборудывание | Помимо этого, рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером. |
| Нормативные документы, справочники и другое | На рабочем месте необходимо иметь:   * действующий прейскурант цен, * тарифы на изготовление лекарственных средств, последнее издание ГФ, * таблицы высших разовых и суточных доз, * таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов. * Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, * Государственный реестр ЛС, * таблицы цен, * тарифы на изготовление лекарств, * учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:   * Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки * Плановый (менеджер отела закупок, основываясь на данных, получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов) * Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты) * Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала. * Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала). Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Требование - накладная должна иметь:  штамп,  круглую печать медицинской организации, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части. Также в ней указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель ЛС, его наименование (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории т.п.), вид упаковки, способ применения, количество затребованных ЛС, количество и стоимость отпущенных ЛС. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы должны содержать обязательные реквизиты:   * наименование документа * дата составления документа * наименование организации, от имени которой составлен документ * содержание хозяйственной операции * измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении * наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции * личные подписи указанных лиц   Первичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

**2. Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке**

**2.1** Используя нормативные документы, опишите правила назначения лекарственных препаратов по рецептам:

1. Назначение ЛП осуществляется фельдшером, собственно лечащим врачом и акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача.
2. Сведения о назначенном ЛП вносятся медицинским работником в медицинскую документацию пациента.
3. При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях назначение ЛП производится без оформления рецепта медицинским работником единолично, за исключением, когда нужно согласовать назначения ЛП с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача, а также, при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:
4. одновременного назначения 5 и более ЛП одному пациенту;
5. назначения ЛП, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, при назначении ЛП, особенности взаимодействия и совместимости которых приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента. В таких случаях назначение ЛП фиксируется в медицинской документации пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).
6. По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются ЛП, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинской документации пациента и журнале врачебной комиссии.
7. Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, запрещается оформлять рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня

**2.2** Медицинские организации, выписавшие рецепты на лекарственные препараты.

Аптека№59,п. Емельяново, улица Московская 155А.



Аптека №59 находится в довольно оживленном и проходном месте, возле дороги, жилых домов, не далеко от центра. В основном посетители аптек это женщины с детьми, люди пожилого возраста, семьи, беременные женщины. Помимо этого, всегда заходят случайные посетители.

В аптеке производится отпуск рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов. Помимо отдела ОГЛФ, в аптеке имеется отдел очковой оптики, где можно бесплатно проверить зрение и подобрать очки также отдел «Ортопедия».

Форма собственности: Государственная

В данной аптеке имеются следующие отделы:

* Отдел готовых лекарственных средств
* Отдел безрецептурного отпуска
* Льготный отдел
* Отдел оптики
* Отдел Ортопедия

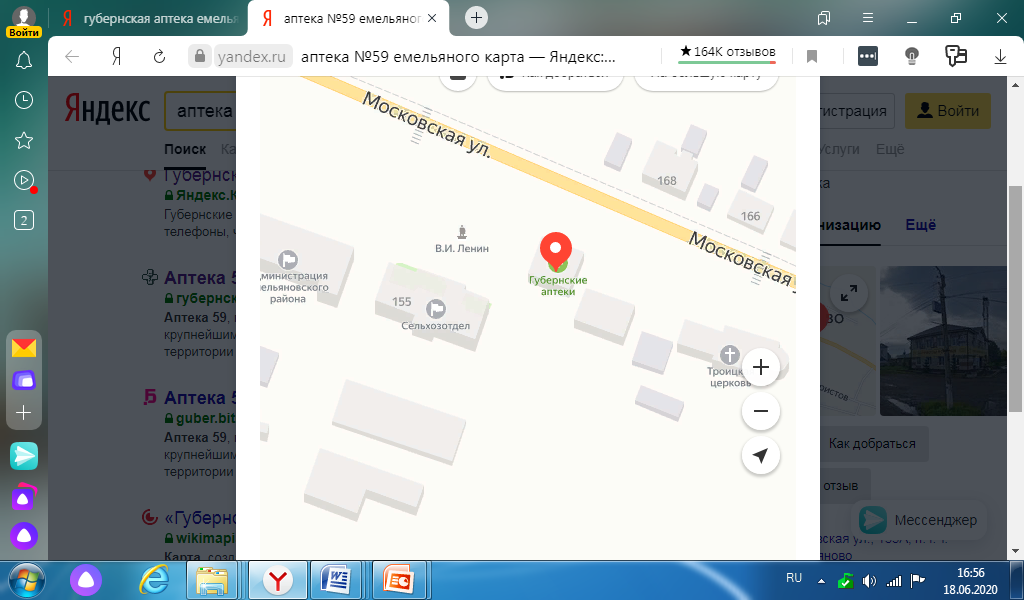
Ассортимент аптеки:

* Антиаллергические средства
* Препараты влияющие на сердечно-сосудистую систему
* Противовирусные средства
* Анальгезирующие и жаропонижающие средства
* Детское питание, соски, бутылочки
* Средства, преимущественно влияющие на пищеварительный тракт
* Средства гигиены
* Средства, применяемые при отравлениях и интоксикациях
* Препараты на основе растительного сырья
* Изделия медицинского назначения

Режим в данной аптеке круглосуточный, воскресенье выходной день, вывеска аптеки выполнена в зеленом цвете.



«Организации, расположенные рядом с аптекой»



Красный - Аптека№59,п. Емельяново, улица Московская 155А.

Оранжевый – Сельхозотдел

Синий – Администрация Емеляьновского района

Зеленый – Троицкая церковь

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

**3.1**

**Таблица 3** - Обязательные и дополнительные реквизиты рецептурных бланков.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты рецептурного бланка | 107 - 1/у | 148-1/у-88 | | 107-у/НП | 148-1/у-04 (л) | |
| **Основные:** |  |  | |  |  | |
| Штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона. | + | + | | + | + | |
| Отметка категории пациента ( детский, взрослый). | + | + | | + | \_ | |
| Фамилия, инициалы и отчество пациента. | + | + | | + | + | |
| Возраст ( количество полных лет/ дата рождения). | + | + | | + | + | |
| Дата выписки рецепта | + | + | | + | + | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача (фельдшера или акушерки). | + | + | | + | + | |
| Личная печать врача и подпись врача. | + | + | | + | + | |
| Срок действия рецепта | + | + | | + | + | |
| **Дополнительные:** |  |  | |  |  | |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | \_ | | \_ | + | |
| Серия и номер рецепта | \_ | + | | + | + | |
| Адрес или номер медицинской карты пациента. | \_ | + | + | | + |
| Печать для рецептов | \_ | + | + | | + |

**3.2 Таблица 4** - Анализ лекарственных препаратов отпускаемых по рецепту.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Торговое наименование ЛП | МНН | Фарм.группа, АТХ\* | № приказа, список ЛП, стоящего на ПКУ | Форма рецептурного бланка | Срок хранения рецепта в аптеке | Норма отпуска ЛП |
| 1. | Луналдин, табл. | Фентанил | Анальгетическое наркотическое средство  Код ATX:N02AB03 | ПП№681,список 2  наркотическое средство | 107-уНП | 3 года | Не установлено |
| 2. | Голдлайн, табл. | Сибутрамин | Средство лечения ожирения  Код ATX:A08AA10 | Остальные лекарственные средства, не подлежащие ПКУ | 107-1у | 60 дней | Не установлено |
| 3. | Седуксен, табл. | Диазепам | Анксиолитическое средство  Код ATX:N05BA01 | Остальные лекарственные средства, не подлежащие ПКУ | 107-1у | 60 дней | Не установлено |
| 4. | Этиловый спирт, р/р | Этанол | Антисептическое средство  Код ATX:D08AX08 | ПП№964 сильнодействующее вещество | 148-1у-88 | 3 года | Не установлено |
| 5. | Цикломед, гл.капли | Циклопентолат | М- халиноблокатор  Код ATX:S01FA04 | Иные лекарственные средства, подлежащие ПКУ  №183н | 107-1у | 60 дней | Не установлено |
| 6. | Полиоксидоний, р-р д/ин | Азоксимера бромид | Иммуномодулирующее средство  Код ATX:L03 | П5 психотропное вещество ПП№562н | 148-1у-88 | 3 года | Не установлено |
| 7. | Терасил-Д, сироп | Фенилэфрин  Хлорфенамин  Декстрометорфан | Противокашлевое средство  Код ATX:R05X | П4 ПП562н содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. | 107-1у | 60 дней | Не установлено |
| 8. | Тофф плюс, табл. | Декстрометорфан  Парацетамол  Фенилэфрин  Хлорфенамин | Анальгезирующее средство ненаркотическое средство+ противокашлевое опиоидное средство+альфа – адреномиметик+H1гистаминовых рецепторов блокатор  Код ATX: N02BE71 | П4 психотропное вещество ПП№562н содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. | 107-1у | 60 дней | Не установлено |
| 9. | Хлорпротиксен, табл. | Хлорпротиксен | Антипсихотическое средство  Код ATX:N05AF03 | Остальные лекарственные средства, не подлежащие ПКУ | 107-у | 60 дней | Не установлено |
| 10. | Грандаксин, табл. | Тофизопам | Анксиолитическое средство  Код ATX:N05BA23 | Остальные лекарственные средства не подлежащие ПКУ | 107-1у | 60 дней | Не установлено |

**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

**4.1**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *0 4 8 1 N 9 8 9 0*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*30\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_04\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_\_* г.

(дата оформления рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента \_*Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_\_\_*10.12.1975*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_№\_66553433232\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_*Арбузов А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:Tabl.Paracetamoli + Propyphenazoni+ Coffeini+ Codeini 0,25

*.......................... D.t.d.№.10*

*. ............................ S.По 1табл 3-4 раза в сутки.............*

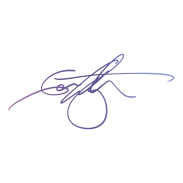
*.......................... ..........................*

*................................... .......................................*

...........................................................................

......................................................................

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

**Форма N 107/у-НП**,

**утвержденная приказом**

**Министерства здравоохранения**

**штамп медицинской организации Российской Федерации**

от\_\_01.08.2012г.\_\_\_\_\_N\_54н\_\_\_\_\_



**РЕЦЕПТ**

/-------\ /-----------\

Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

\-------/ \-----------/

"0*5\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_03\_\_\_\_\_2020*\_\_\_г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Михайловна*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст *58*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования\_0615 *612358*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты *№4*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *Акулова Анастасия Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: Sol. Fentanyli 0,005%-2 ml  
 D.t.d: №5 in amp.  
 S: Вводить в вену струйно по 2 мл при сильных болях.

...............................................................

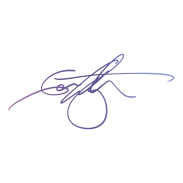
.........................................................................

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Лейкина Татьяна Александровна* 

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске Фентанил 0,005%-2 ml  
*1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 5.03.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Скворцова Любовь Анатольевна*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *29\_\_" \_\_\_\_\_03\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Козырева Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*10.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Diazepami 0,005

D.t.d.№100

S.По 1 табл.2раза внутрь

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_05\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Козлов А.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*7.03.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Смирнова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.:Tofisopami 0,05

D.t.d.№20

S.По 1 табл.1 раз внутрь

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

**Форма N 107/у-НП**,

**утвержденная приказом**

**Министерства здравоохранения**

**штамп медицинской организации Российской Федерации**

от\_\_01.08.2012г.\_\_\_\_\_N\_54н\_\_\_\_\_



**РЕЦЕПТ**

/-------\ /-----------\

Серия |*0 |0 |5 |9 | N |1 |0 |5* | | | |

\-------/ \-----------/

"*06\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_03\_\_\_\_\_2020*\_\_\_г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Светлана Михайловна*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_45

Возраст

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования\_0615 *612358*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты *№87788*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *Ахмутова Анастасия Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: Sol. Morphini 1% – 1ml.  
 D.t.d: № 1 in amp.  
 S: Вводить подкожно по 1 м

...............................................................

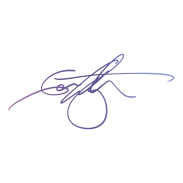
.........................................................................

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Михалкова Татьяна Александровна* 

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске Морфин 1% – 1ml

*1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 5.03.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Скворцова Любовь Анатольевна*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

**4.2** Подготовить памятку по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков.

1. В первую очередь проверяется правильность выбранной формы рецептурного бланка.
2. В случае, если форма бланка представлена верно, провизор должен проверить присутствие всех реквизитов, которые относятся к основным: Штамп лечебно-профилактического учреждения. Он должен находиться в левом верхнем углу и содержать следующую информацию: подробное название медицинской организации, а также ее местоположение и номер телефона. Дата, когда рецепт был выписан врачом. Фамилия, имя, отчество больного. Также на всех формах рецепта, кроме льготных, должна быть указана возрастная категория больного (взрослый или детский) и количество лет. В льготных бланках вместо этого должна быть указана дата рождения пациента. Фамилия, имя, отчество врача. Они должны быть прописаны полностью, без использования инициалов. Подпись врача, а также его личная печать. В случае если рецепт выписан фельдшером, также должны быть указаны его полное имя и подпись.
3. Тот, кто проводит фармацевтическую экспертизу рецепта, должен проверить графу Rp. В данной графе на латыни должны быть указаны названия лекарственных средств, причем обязательно соблюдение определенных правил: Название лекарственных препаратов, которые подлежат в аптечной организации учету, должны быть написаны первыми. Количество жидких субстанций должно быть указано в мл, каплях или граммах. Бывает так, что в списке значится вещество, подлежащее учету, и его указанная доза превышает одноразовый прием. В таких случаях врач обязан указать требуемую дозировку прописью и поставить восклицательный знак рядом с указанным количеством. Если этого не сделано, провизор (фармацевт) обязан связаться с врачом для уточнения дозы. В случае если это сделать невозможно, необходимо выдать пациенту такое количество лекарства, которое будет равно половине высшей разовой дозы. Фармацевтическая экспертиза рецепта при отпуске лекарственных средств включает в себя проверку фармакологической совместимости ингредиентов. В случае если один из прописанных компонентов относится к ядовитым или сильнодействующим, фармацевтический работник должен проверить, не превышены ли высшая суточная и разовая дозы. Также необходимо убедиться, что не превышено количество лекарственных веществ для единовременного отпуска.
4. Сигнатура должна быть написана на русском языке. Если это специальный бланк, она должна быть выписана и на русском, и на языке республики. Способ применения препарата должен быть подробно расписан с указанием времени приема, необходимой дозировки, а также частоты, с которой необходимо употреблять лекарство, и продолжительности лечебного курса. Запрещено писать кратко – "Внутрь", "По схеме" и т. п.
5. У любого рецепта имеется свой срок, когда он является действительным. Поэтому фармацевтическая экспертиза рецепта заключается еще и в проверке того, чтобы у рецепта не вышел срок действия. В случае, когда препарат требуется незамедлительно, в верхней части рецепта пишут cito (в течение двух рабочих дней) или statim (в течение одного рабочего дня). В эти сроки аптечная организация обязана предоставить пациенту необходимое лекарство. На это тоже следует обратить внимание. При проведении фармацевтической экспертизы рецепта провизор (или фармацевт) также должен помнить, что в рецепте допустимы сокращения.
6. Если все основные реквизиты присутствуют и оформлены должным образом, необходимо проверить правильность оформления дополнительных. Также следует проверить правомочность лица, который выписал рецепт. После проведения фармацевтической экспертизы необходимо произвести отпуск лекарственного препарата. Затем рецепт отдается больному обратно (форма бланка №107-1/у) или остается храниться в аптеке (все остальные формы бланков). Во втором случае фармацевтический работник должен определиться, сколько будет храниться рецепт в аптечной организации (это зависит от его формы).

**4.3**Опишите порядок действий фармацевта, согласно приказу, если рецепт выписан с нарушением установленных правил.

Согласно п.4 утвержденного приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 №1175н «Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов» рецепт, выписанный с нарушением установленных данным Порядком требований, считается недействительным. Неправильно выписанные рецепты погашаются штампом «Рецепт недействителен» и регистрируется в журнале «Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов» и возвращается больному на руки. Информация обо всех неправильно выписанных рецептах доводится до сведения руководителя соответствующей медицинской организации.

**4.4** Пример оформления записи в журнал регистрации неправильно выписанных рецептов.

**Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № П\П | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры | ФИО специалиста аптечной организации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | 20.06. 20 | Городская клиническая больница № 34 | Соколов И.П. | Таблетки Сибутрамина 0,015 | Лишняя печать для рецептов | Отправить пациента в ЛПУ на изменение рецепта | Шромова Юлия Витальевна |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *09\_\_" \_\_\_\_\_05\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Машкова Т.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*21.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Соколов И.П.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Sibutramini 0,015

D.t.d.№50

S.По 1 табл. 3 раза в день

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись    М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

# Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов).

1. **Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов.**

1)Проверка соответствия формы рецептурного бланка выписанному на нём лекарственному средству

2)Проверка наличия обязательных реквизитов рецепта:

* Штамп медицинской организации
* Дата выписки рецепта
* ФИО пациента, дата рождения
* ФИО лечащего врача
* Наименование ингредиентов на латинском языке и их количество
* Способ применения на русском языке
* Подпись и личная печать врача

3)Проверка наличия дополнительных реквизитов рецепта

* Код медицинской организации
* Код нозологической формы
* Код категории граждан
* %оплаты
* СНИЛС
* №полиса обязательного медицинского страхования
* Печать ЛПУ
* Номер, серия рецепта
* Номер амбулаторной карты или адрес больного
* ФИО и подпись уполномоченного лица медицинской организации
* ФИО и подпись работника аптечной организации

4) Определить правомочность лица, выписавшего рецепт

5) Оценка оформления прописи и способа применения

6)Проверка совместимости ингредиентов в рецепте

7)Определение срока действия рецепта

8)Заполнение корешка рецепта и выдача его пациенту

**2. Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Форма  дополнительного  рецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*  % скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Tabl.Indomethacini 0,025 N.30 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Индометацин | [M01AB01](https://www.vidal.ru/drugs/atc/m01ab01) | - | ветеран труда края | Краевой, 50% | 30 дней | 3 года |
|  | Sol. Clonidini 0,01%-1ml D.t.d.N.10 in amp.  S. Внутривенно медленно | Клофелин | [C02AC01](https://www.rlsnet.ru/atc_index_id_2636.htm) | 148-1у-88 | Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» | Федеральный, 100% | 15 дней | 3 года |
|  | Ephedrini hydrochloridi 0,025  D.t.d.N.60 in tab.  S. По 1 таблетке 2 раза в день | Эфедрин | [C01CA26](https://www.vidal.ru/drugs/atc/c01ca26) | 148-1у-88 | Малочисленные народы Севера | Краевой, 100% | 15 дней | 3 года |
|  | Sol. Pilocarpini hydrochloridi 2 % - 10 ml  D.S. По 1 кап. 4-6 раз в день в оба глаза | Пилокарпин | [S01EB01](https://www.vidal.ru/drugs/atc/s01eb01) | - | Больные глаукомой | Краевой, 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Supp. Diclophenaci 0,1  D.t.d.N.5  S. По 1 суппозиторию в прямую кишку 2 раза в сутки | Диклофенак | [M01AB05](https://www.vidal.ru/drugs/atc/m01ab05) | - | Инвалиды войны | Федеральный, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Sol.Morphini 1%-1ml  D.t.d.N.5 in amp.  S.По 1 мл 2 раза в день | Морфин | [N02AA01](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n02aa01) | 107-у/НП | Онкологический больной | Краевой, 100% | 15 дней | 3 года |
|  | Tabl.Phenobarbitali 0,1  D.t.d.N.50  S.По 1 таблетке на ночь | Фенобарбитал | [N03AA02](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n03aa02) | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой, 100% | 15 дней | 3 года |
|  | Tabl.Phenasepami 0,001  D.t.d.N.50  S.По 1 таблетке 2 раза в день | Феназепам | [N05BX](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n05bx) | - | Лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 г. по 9 мая 1945 г. не менее шести месяцев | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
|  | Tabl.Nitrazepami 0,005  D.t.d.N.20  S.По1 таблетке 1 раз в день | Нитразепам | [N05CD02](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n05cd02) | - | Психические заболевания инвалидам 1 группы | 100%, краевой | 90 дней | 3 года |
|  | Aethanoli 70%-100,0  D.S.Для обработки кожи перед инъекцией | Спирт этиловый | [D08AX08](https://www.vidal.ru/drugs/atc/d08ax08) | 148-1у-88 | Больные сахарным диабетом | Краевой, 100% | 15 дней | 3 года |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 4 | 6 | 5 | 9 | 3 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 2 | 0 | 3 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | N | 878 | | Дата оформления: | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Шипов Б.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | 0 | 9 |  | 0 | 3 |  | 1 | | 9 | | 9 | | | | | 8 | | |
| СНИЛС | | | 0 | 7 | 3 | | 2 | 1 | 5 | 5 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | 2 | 0 | 0 | | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 67654 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | Коп . | Rp: Ephedrini hydrochloridi 0,025  D.t.d. N.60 in tab. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... Signa: По 1 таблетке 2 раза в день ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | |  | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №878 |  | Торговое наименование и дозировка:  Эфедрин 0,025 №60 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 3 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Эфедрин | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,025 |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,025 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента Шипов Б.И*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 09.03.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 67654

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

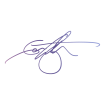
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Ephedrini hydrochloridi 0,025

D.t.d.N.60 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Эфедрин 0,025 № 60

3 уп

Шромова Юлия Витальевна

22.06.2020



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 4 | 0 | 4 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 879 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Шимотов Б.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 |  | 0 | 4 |  | 1 | | | 9 | | 7 | | | | 4 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 67565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Tabl.Indomethacini 0,025  D.t.d. N.30... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  Signa:. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №879 |  | Торговое наименование и дозировка:  Индометацин 0,025 № 30 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Индометацин | | | | Продолжительность | 30 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,025 |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,025 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 6 | 7 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 2 | 0 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | N | 885 | Дата оформления: | | | | | | | | 2 | 2 | |  | | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Мария А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | 0 | 2 | |  | | 0 | 3 |  | 1 | | | 9 | | | | 8 | | | | | 4 | | |
| СНИЛС | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | |  |  | |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  | |  |  |  |  |  |  | | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 675 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | Rp: Tabl.Nitrazepami 0,005  D.t.d..N.20.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  Signa:. По1 таблетке 1 раз в день ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №885 |  | Торговое наименование и дозировка:  Нитразепам 0,005 №20 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке 1 раз в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Нитразепам | | | | Продолжительность | 90 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,005 |  | |  | Количество приемов в день: | 1 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,005 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 3 | 7 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 1 | 6 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 886 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациент.\_Мартынов В.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 2 |  | 0 | 5 |  | 1 | | | 9 | | 9 | | | | 4 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 8 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 689 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Sol.Morphini 1%-1ml  D.t.d. N.5 in amp..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .  Signa:. По 1 мл 2 раза в день... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №886 |  | Торговое наименование и дозировка:  Морфин 1%-1ml №5 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 мл 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Морфин | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 1%-1ml |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 1 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

**Форма N 107/у-НП**,

**утвержденная приказом**

**Министерства здравоохранения**

**штамп медицинской организации Российской Федерации**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_



**РЕЦЕПТ**

/-------\ /-----------\

Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

\-------/ \-----------/

"*22"06"2020*г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Мартынов Владимир Владимирович*

Возраст *26*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№689*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Скулова Анастасия Сергеевна*

Rp: Sol.Morphini 1%-1ml

D.t.d.N.5 in amp.

S.По 1 мл 2 раза в день

................................................................

.........................................................................

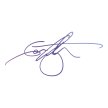
Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Ломкина Татьяна Александровна*

М.П. 

Отметка аптечной организации об отпуске *Морфин 1%-1мл №5 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 22.06.2020*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Анатольевна*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 6 | 6 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 888 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациент.\_Шариков А.С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |  | 0 | 9 |  | 1 | | | 9 | | | | 9 | | | | 5 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 6 | 6 | 8 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Tabl.Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.50..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .  Signa:По 1 таблетке на ночь.... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №888 |  | Торговое наименование и дозировка:  Фенобарбитал 0,1 №50 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке на ночь | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Фенобарбитал | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,1 |  | |  | Количество приемов в день: | 1 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,1 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Шариков А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.09.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 111

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

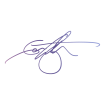
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Tabl.Phenobarbitali 0,1

D.t.d. N.50

S. По 1 таблетке на ночь

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Фенобарбитала 0,1 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

22.06.2020



**3. Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов.**

**Копии рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов, оформленных к отпуску в аптеке.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 4 | 6 | 5 | 9 | 3 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 2 | 0 | 3 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | N | 878 | Дата оформления: | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Шипов Б.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 0 | 9 |  | 0 | 3 |  | 1 | 9 | 9 | 8 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | | 0 | 7 | 3 | 2 | 1 | 5 | 5 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 67654 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Руб. | Коп . | Rp: Ephedrini hydrochloridi 0,025  D.t.d. N.60 in tab. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... Signa: По 1 таблетке 2 раза в день ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №878 |  | Торговое наименование и дозировка:  Эфедрин 0,025 №60 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 3 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Эфедрин | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,025 |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,025 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента Шипов Б.И*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 09.03.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 67654

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

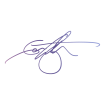
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Ephedrini hydrochloridi 0,025

D.t.d.N.60 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Эфедрин 0,025 № 60

3 уп

Шромова Юлия Витальевна

22.06.2020



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 4 | 0 | 4 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 879 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Шимотов Б.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 |  | 0 | 4 |  | 1 | | | 9 | | 7 | | | | 4 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 67565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Tabl.Indomethacini 0,025  D.t.d. N.30... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  Signa:. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №879 |  | Торговое наименование и дозировка:  Индометацин 0,025 № 30 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Индометацин | | | | Продолжительность | 30 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,025 |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,025 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 6 | 7 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 2 | 0 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | N | 885 | Дата оформления: | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Мария А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 0 | 2 |  | 0 | 3 |  | 1 | 9 | 8 | 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 675 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Руб. | Коп . | Rp: Tabl.Nitrazepami 0,005  D.t.d..N.20.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  Signa:. По1 таблетке 1 раз в день ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №885 |  | Торговое наименование и дозировка:  Нитразепам 0,005 №20 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке 1 раз в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Нитразепам | | | | Продолжительность | 90 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,005 |  | |  | Количество приемов в день: | 1 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,005 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 3 | 7 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 1 | 6 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 886 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациент.\_Мартынов В.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 2 |  | 0 | 5 |  | 1 | | | 9 | | 9 | | | | 4 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 7 | 8 | 8 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 689 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Sol.Morphini 1%-1ml  D.t.d. N.5 in amp..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .  Signa:. По 1 мл 2 раза в день... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №886 |  | Торговое наименование и дозировка:  Морфин 1%-1ml №5 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 мл 2 раза в день | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Морфин | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 1%-1ml |  | |  | Количество приемов в день: | 2 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 1 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

**Форма N 107/у-НП**,

**утвержденная приказом**

**Министерства здравоохранения**

**штамп медицинской организации Российской Федерации**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_



**РЕЦЕПТ**

/-------\ /-----------\

Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

\-------/ \-----------/

"*22"06"2020*г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Мартынов Владимир Владимирович*

Возраст *26*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№689*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Скулова Анастасия Сергеевна*

Rp: Sol.Morphini 1%-1ml

D.t.d.N.5 in amp.

S.По 1 мл 2 раза в день

................................................................

.........................................................................

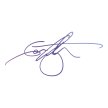
Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Ломкина Татьяна Александровна*

М.П. 

Отметка аптечной организации об отпуске *Морфин 1%-1мл №5 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 22.06.2020*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Анатольевна*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации |
| Штампмед орг  Код | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  | Код формы по ОКУД 3108805  от "14\_\_" \_2019\_\_\_\_ 2019 г. N  Форма N 148-1/у-04 (л) |
|  | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 6 | 6 | 5 | 2 | | 7 |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  | |  |  |  | | |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | | 0 | | | | . | | | | | 0 | | |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | АО | | N | 888 | Дата оформления: | | | | | | | | | 2 | 2 |  | 0 | 6 | 2020г. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациент.\_Шариков А.С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |  | 0 | 9 |  | 1 | | | 9 | | | | 9 | | | | 5 | | |
| СНИЛС | | | | | 0 | 7 | 3 | 2 | 6 | 6 | 8 | 7 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | | | | | 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № 111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) Скулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Руб. | | | Коп . | | Rp: Tabl.Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.50..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .  Signa:По 1 таблетке на ночь.... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | .... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | | |  | | М.П. https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: №888 |  | Торговое наименование и дозировка:  Фенобарбитал 0,1 №50 | |
|  | |  | |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=false | | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения: По 1 таблетке на ночь | |  | | Наименование  лекарственного препарата: Фенобарбитал | | | | Продолжительность | 15 | дней | |  | |  | | Дозировка: 0,1 |  | |  | Количество приемов в день: | 1 | раз | |  | | | | На 1 прием: | 0,1 | ед. | |  | | | |  |  |  | | | | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | отпущен |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Шариков А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.09.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 111

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

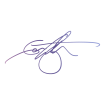
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Tabl.Phenobarbitali 0,1

D.t.d. N.50

S. По 1 таблетке на ночь

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Фенобарбитала 0,1 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

22.06.2020



# Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов).

1. **Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам.**
   1. **Памятка об оформлении рецептурных бланков (107-1/у, 148-1/у-88) при отпуске готовых ЛП.**

Существуют определенные правила оформления рецептурного бланка, которые обязательны к исполнению всеми медицинскими работниками. Если рецепт заполнен с нарушением нижеперечисленных правил, то он считается недействительным и аптечное учреждение не имеет права отпустить по нему лекарство. Рецептурный бланк формы 107-1/у, в отличие от других, не имеет номера и серии, а также на нем допускается выписать три наименования лекарственных средств. Порядок оформления следующий:

* Штамп учреждения здравоохранения с указанием адреса и номера телефона проставляется в левом верхнем углу.
* Заполняется бланк чернильной или шариковой ручкой. Обязательное условие – писать разборчиво и четко.
* Разрешается для оформления бланка применять компьютерные технологии.
* Фамилия, имя и отчество больного, а также медицинского работника пишется полностью, т. е. сокращения не допускаются.
* Если рецепт выписывается малышу до года, то указывается полное количество месяцев.
* Название лекарства пишется на латыни и по МНН, а в случае его отсутствия указывается группировочное или торговое название, в том числе прописывается дозировка и необходимое количество на курс лечения.
* Способ применения прописывается на национальном или русском языке.
* Заверяется рецепт подписью и личной печатью медработника.
* Если лекарство назначено по решению врачебной комиссией учреждения здравоохранения, то на оборотной стороне делается отметка.
* При необходимости немедленного или срочного отпуска лекарственного препарата пациенту в верхней части рецепта проставляются обозначения "cito" (срочно) или "statim" (немедленно).
* При выписывании рецепта на лекарственный препарат индивидуального изготовления количество жидких фармацевтических субстанций указывается в миллилитрах, граммах или каплях, а остальных фармацевтических субстанций - в граммах.
* Рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках формы **№ 107-1/у, действительны в течение 60 дней** со дня выписывания.

**Правило оформления и выписывания рецептурного бланка 148-1/у-88**

1. Рецептурный бланк формы № 148-1/у-88 имеет серию и номер.
2. На рецептурном бланке в левом верхнем углу проставляется штамп лечебно-профилактического учреждения с указанием его наименования, адреса и телефона.
3. Рецептурный бланк заполняется врачом разборчиво, четко, чернилами или шариковой ручкой.
4. В графах "Ф.И.О. больного" и "Возраст" указываются полностью фамилия, имя, отчество больного, его возраст (количество полных лет).
5. В графе "Адрес или N медицинской карты амбулаторного больного" указывается адрес места жительства больного или номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка).
6. В графе "Ф.И.О. врача" указываются полностью фамилия, имя, отчество врача.
7. В графе "Rp" указывается:

* на латинском языке международное непатентованное наименование, торговое или иное название лекарственного средства, зарегистрированного в Российской Федерации;
* дозировка лекарственного препарата;
* на русском или национальном языках указывается способ применения лекарственного средства.

1. Запрещается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Известно" и т.п. Разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений; твердые и сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,5; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях.
2. Рецепт подписывается врачом и заверяется его личной печатью. Дополнительно рецепт заверяется печатью лечебно-профилактического учреждения "Для рецептов".
3. Допускается оформление рецептурных бланков с использованием компьютерных технологий, за исключением графы "Rp" (название лекарственного средства, его дозировка, количество, способ и продолжительность применения).
4. На одном бланке разрешается выписывать только одно наименование лекарственного средства.
5. Исправления в рецепте не допускаются.
6. Срок действия рецепта (10 дней, 1 месяц) указывается путем зачеркивания.
7. На оборотной стороне рецептурного бланка печатается таблица Приготовил, Проверил, Отпустил.

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова Т.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*12.08.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Phenazepami 0,001

*................D.t.d.№50 .......................*

*.............. S.По 1 таблетке на ночь*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Феназепам 0,001 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Amoxiclavi 0,025

*................ D.t.d.№20.......................*

*.............. S.По 1 таблетке 3 раза в день*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Амоксиклав 0,025 № 20

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Максимова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*11.05.1979\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Glycini 0,1

*................ D.t.d.№50......................*

*.............. S.По 1 таблетке 2-3 раза в сутки*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Глицин 0,1 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Мартынова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*12.08.1990\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Amoxicillini 0,5

*................ D.t.d.№20......................*

*.............. S.По 1 таблетке 3 раза в день*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Амоксициллин 0,5 №20

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7 0

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "25\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Шариков А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.09.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 111

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

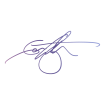
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Sol. Tropicamidi 0.5% - 1 ml

D.t.d. N. 2 in flac.

S. Закапывать 1-2 капли раствора в оба глаза

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Раствор Тропикамид 0,5% 1мл

2 фл.

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 2 2 4 1 N 9 8 6 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "25\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Романов А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.10.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 112

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

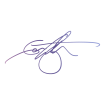
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Tab.Diazepami 0,005

D.t.d. N.100

S.По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Диазепам 0,005 № 100

1 уп.

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



**Копии рецептов на готовые лекарственные препараты.**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Петрова Т.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*12.08.1978\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Phenazepami 0,001

*................D.t.d.№50 .......................*

*.............. S.По 1 таблетке на ночь*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Феназепам 0,001 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Amoxiclavi 0,025

*................ D.t.d.№20.......................*

*.............. S.По 1 таблетке 3 раза в день*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Амоксиклав 0,025 № 20

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Максимова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*11.05.1979\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Glycini 0,1

*................ D.t.d.№50......................*

*.............. S.По 1 таблетке 2-3 раза в сутки*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Глицин 0,1 № 50

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Мартынова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*12.08.1990\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl.Amoxicillini 0,5

*................ D.t.d.№20......................*

*.............. S.По 1 таблетке 3 раза в день*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Амоксициллин 0,5 №20

1 уп

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 4 1 N 9 8 7 0

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "25\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Шариков А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.09.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 111

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

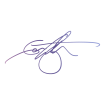
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Sol. Tropicamidi 0.5% - 1 ml

D.t.d. N. 2 in flac.

S. Закапывать 1-2 капли раствора в оба глаза

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Раствор Тропикамид 0,5% 1мл

2 фл.

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 2 2 4 1 N 9 8 6 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "25\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *\_\_Романов А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения 01.10.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № 112

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки

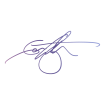
Скулова А.С.

Руб. Коп. Rp: Tab.Diazepami 0,005

D.t.d. N.100

S.По 1 таблетке 2 раза в день

---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Табл. Диазепам 0,005 № 100

1 уп.

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



**1.2**

Таблица 1 - Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа ЛП | Аптека | Аптечный пункт | Аптечный киоск | Индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на фарм.деятельность |
| Безрецептурные ЛП | + | + | + | + |
| Рецептурные ЛП, не подлежащие ПКУ | + | + | - | + |
| Наркотические и психотропные ЛП | + | + | - | - |
| Иммунобиологические ЛП | + | + | - | - |

* 1. **Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов.**

Отпуск медицинских иммунобиологических препаратов населению осуществляется по рецепту врача медицинской организации. Отпуск  первостольником покупателю медицинского иммунобиологического препарата без термоконтейнера или термоса будет являться нарушением требований Санитарно-эпидемиологических правил, что согласно пункту 5 «г» утвержденного Постановлением Правительства РФ от 22.12.2011 №1081 «Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» считается **грубым нарушением лицензионных требований и условий**.

Гражданам выдается необходимое количество доз вакцины в соответствии с рецептом, вакцина снабжается инструкцией по применению на русском языке. **На упаковке проставляется дата и время отпуска препарата**. Работник аптеки объясняет покупателю необходимость доставки препарата в медицинскую организацию в минимальные сроки **(не более 48 часов)** после приобретения препарата в условиях хранения последнего в термоконтейнере или холодильнике.

Приобретенная в аптечном учреждении вакцина используется в прививочных кабинетах МО, детских дошкольных образовательных учреждениях, медицинских кабинетах общеобразовательных учебных учреждений (специальных образовательных учреждениях), здравпунктах и других медицинских учреждениях, независимо от форм собственности, имеющих лицензию на проведение иммунопрофилактики при строгом соблюдении условий хранения и транспортировки.

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью, лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, осуществляется фармацевтическими работниками, занимающими должности, включенные в перечень должностей фармацевтических и медицинских работников в организациях, которым предоставлено право отпуска наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам.

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем, отпускаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность, лицу, указанному в рецепте, его законному представителю или лицу, имеющему оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность на право получения таких наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II (за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем), предназначенные для граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 107/у-НП, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л) или формы № 148-1/у-06 (л).

Лекарственные препараты, предназначенные для граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно или со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 148-1/у-88, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л) или формы № 148-1/у-06 (л).

После отпуска наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II, в том числе в виде трансдермальных терапевтических систем, психотропных лекарственных препаратов списка III лицу, получившему лекарственный препарат, выдается сигнатура с желтой полосой в верхней части и надписью черным шрифтом на ней "Сигнатура", в которой указываются:

* наименование и адрес местонахождения аптеки или аптечного пункта;
* номер и дата выписанного рецепта;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, для которого предназначен лекарственный препарат, его возраст;
* номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для которого предназначен лекарственный препарат;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, его контактный телефон либо телефон медицинской организации;
* содержание рецепта на латинском языке;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись фармацевтического работника, отпустившего лекарственный препарат;
* дата отпуска лекарственного препарата.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

штамп медицинской организации Российской Федерации

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_



РЕЦЕПТ

/-------\ /-----------\

Серия |*0 |7 |9 |5 | N |5 |7 |7* | | | |

\-------/ \-----------/

"*25"06"2020*г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Мартынов Владимир Владимирович*

Возраст *26*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№689*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Скулова Анастасия Сергеевна*

Rp: Tabl.Buprenorphini 0,0002

D.t.d.N.20

S. По 200 мкг с интервалом 6-8 ч.

................................................................

.........................................................................

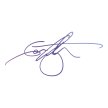
Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Ломкина Татьяна Александровна*

М.П. 

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупренорфин 0,0002 № 20 1 уп.*

*Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 25.06.2020*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Александровна* 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

---------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

" *25\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента *Мешков Д.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*19.10.1995\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Gamma Globulini human 16% - 200 ml

*................ D.t.d.N.2 in flac......................*

*.............. S.Внутривенно капельно 1 раза в день*

*-------------- -----------------------------------------*

*........................................*

*...............*.........................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен *в течение 60 дней*, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

Аптека №7 отпустила:

Раствор Иммуноглабулин 16%-200мл

2 фл.

Шромова Юлия Витальевна

25.06.2020



**4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

Описание порядка информирования фармацевтическим работником посетителя аптеки приобретающего ЛП.

1. Приветствие
2. Налаживание контакта с посетителем
3. Определить проблему посетителя, задать уточняющие вопросы
4. Указать на обязательное посещение специалиста
5. Уточнить особые характеристики пациента ( возраст, беременность, хронические заболевания, прием препаратов)
6. Предложить препараты в качестве альтернативы и обосновать свои предложения
7. Информировать о правилах приема, курсе терапии
8. Информировать о взаимодействии с пищей и лекарственных взаимодействиях
9. Информировать о побочных эффектах

**Диалоги фармацевта и посетителя**

Покупатель – женщина средних лет

**Ф.**Добрый день!

**П.** Посоветуйте что-нибудь от кашля. Совсем спать не могу.

**Ф.** Какой у Вас кашель: сухой или влажный?

**П.** Сухой. Приступами какими-то.

**Ф.**Вы обращались к врачу?

**П.** Нет.

**Ф.**Горло не болит?

**П.**Першит, сильной боли нет.

**Ф.** Температура тела нормальная?

**П.** Я не измеряла, но, по-моему, нормальная.

**Ф.** Кашель глубокий?

**П.** А я и не знаю. (Кашляет). Это какой: глубокий?

**Ф.** Нет, неглубокий. Скорее всего, Ваш кашель связан с горлом. Если есть воспаление задней стенки глотки, то холодный воздух, или перемена температуры воздуха, когда Вы заходите с улицы в помещение, или сухой воздух помещения вызывают раздражение воспаленной слизистой оболочки горла и сухой кашель.

**П.** Да я заглядывала себе в горло, оно красное.

**Ф.** Налетов не увидели?

**П.** Нет.

**Ф.** Есть ли у вас хронические заболевания?

**П.** Нет.

**Ф.**В таком случае я рекомендую Вам, прежде всего противовоспалительное средство для горла. Что Вы предпочитаете: таблетки, раствор, спрей?

**П.** Таблетки.

**Ф.**Даю Вам Тантум Верде. Во-первых, он оказывает противовоспалительное действие, во-вторых, в отличие от других таблеток для горла, он принимается всего 3-4 раза в день. Таблетку нужно держать во рту до полного рассасывания.

**П.** Хорошо, я беру этот препарат.

Покупатель – мужчина лет 60

**П.** Здравствуйте!

**Ф.**Здравствуйте!

**П.** Мне что-нибудь от [насморка](https://nikafarm.ru/preparaty-ot-nasmorka-recomenduem-pravilno).

**Ф.** Вы берете себе?

**П.** Да.

**Ф.**  Что-то в нос уже капали?

**П.** Нет. Какой-то [ингалятор](https://nikafarm.ru/kak-vybrat-ingalyator-stavim-vse-tochki-nad-i) дома от насморка нашел, дышал им. Но он не помогает.

**Ф.** Как проявляется насморк? Нос заложен или «течет»?

**П.** Днем течет, ночью заложен.

**Ф.** Выделения из носа жидкие, как вода, или густые?

**П.**  Не, точно не вода. Шмоток желтой слизи вылетает, когда высмаркиваюсь.

**Ф.** Что-то еще, помимо насморка, беспокоит? [Температура](https://nikafarm.ru/lixoradka-ili-gipertermicheskij-sindrom-vidy-patogenez-algoritm-rekomendacij), [кашель](https://nikafarm.ru/preparaty-dlya-lecheniya-kashlya-ne-navredi), [боли в горле](https://nikafarm.ru/esli-gorlo-bolit-eto-znachit-tonzillit)?

**П.** Горло побаливает, но я полощу ромашкой.

**Ф.** У Вас какие-то хронические заболевания есть? Давление в порядке?

**П.**[Давление](https://nikafarm.ru/chto-delat-esli-sprashivayut-chto-nibud-ot-davleniya)скачет.

**Ф.** В таком случае я рекомендую Вам Отривин Море форте. Это спрей на основе натуральной морской воды с повышенным содержанием солей. Соли тянут на себя избыток воды, и за счет этого уменьшается отек, а значит уходит заложенность и выделения из носа.  Он содержит также масло эвкалипта, которое оказывает антисептическое действие, т.е. уничтожает микробов. На эвкалипт [аллергии](https://nikafarm.ru/kak-obuzdat-sezonnuyu-allergiyu) нет?

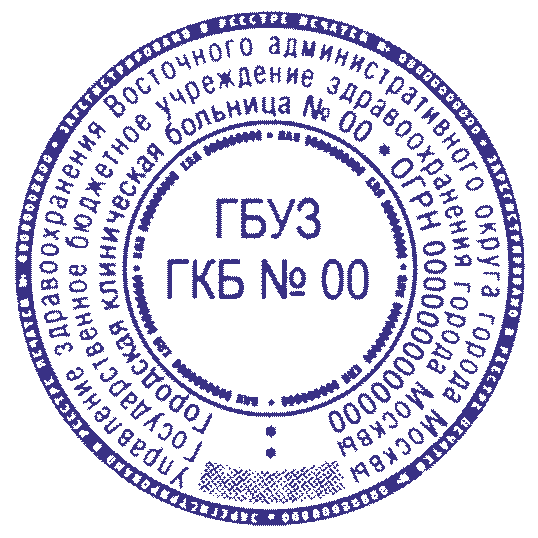
**П.** До сего дня не было.

**Ф.**Отлично, этот препарат вам очень подойдет.

**П.**Хорошо, я беру.

**2. Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.**

1. Для обеспечения лечебно-диагностического процесса медицинские организации получают лекарственные препараты из аптечной организации по требованиям-накладным, утвержденным в установленном порядке.
2. Требование-накладная на получение из аптечных организаций лекарственных препаратов должна иметь штамп, круглую печать медицинской организации, подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части.
3. В требовании-накладной указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель лекарственного препарата, наименование лекарственного препарата (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество затребованных лекарственных препаратов, количество и стоимость отпущенных лекарственных препаратов.
4. Наименования лекарственных препаратов пишутся на латинском языке.
5. Требования-накладные на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, выписываются на отдельных бланках требований-накладных для каждой группы препаратов.
6. Медицинские организации при составлении заявок на наркотические средства и психотропные вещества [списков II](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_345546/#dst100178) и [III](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_345546/#dst100236) должны руководствоваться расчетными нормативами, утвержденными в установленном порядке.
7. При выписывании лекарственного препарата для индивидуального больного дополнительно указывается его фамилия и инициалы, номер истории болезни.
8. По истечении срока хранения требования-накладные подлежат уничтожению в присутствии членов создаваемой в аптечной организации комиссии.

  Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ № | **1** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница№1 | | | | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | Учет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 23.04.20 |  |  |  | Стационар |  |  |  |  |

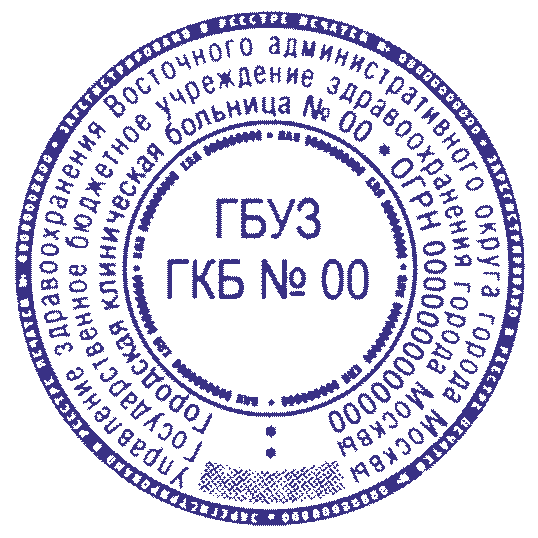
Через кого Аптека №123

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Смирнова Е.А. | Разрешил | Главный врач (подпись) Никонова Н.В. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма без уче­та НДС, руб. коп. | По­ряд­ко­вый но­мер по склад­ской  кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк- ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре- бо­ва- но | от­пу- ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Sol.Trimeperidini 0,01- 1ml №10  D.S.Внутривенно. |  |  | Уп | 5 | 5 | 123,00 | 615,00 |  |
| Rp.: Sol.Buprenorphini 0,003-1ml  D.S. Внутривенно. |  |  | Уп | 1 | 1 | 438,00 | 438,00 |  |

Одна тысяча пятьдесят три рубля 00 коп.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | Подпись |  | Шромова Ю.В | Получил | Мед.сестра |  | Подпись |  | Никонова Н.В |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |



Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ № | **2** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница№1 | | | | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | Учет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 23.04.20 |  |  |  | Стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №123

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Смирнова Е.А. | Разрешил | Главный врач (подпись) Никонова Н.В. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма без уче­та НДС, руб. коп. | По­ряд­ко­вый но­мер по склад­ской  кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк- ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре- бо­ва- но | от­пу- ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Sol.Midazolami0,005-1ml №5 D.S. Внутривенно. |  |  | Уп | 10 | 10 | 135,00 | 1350.0 |  |
| Rp.: Tabl. Zolpidemi 0,01 №15 D.S. Внутрь. |  |  | Уп | 10 | 10 | 166,00 | 1660.0 |  |

Три тысячи десять рублей 00 коп.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | Подпись |  | Шромова Ю.В | Получил | Мед.сестра |  | Подпись |  | Никонова Н.В |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

**3.Ситуационные задачи.**

1.Больной подал фармацевту рецепт с просроченным сроком действия. Фармацевт отказывается по нему выдать лекарства. Больной возмущается: "Бюрократы, формалисты!». Что следует в этой ситуации делать фармацевту?

**Нужно подождать пока посетитель аптеки выскажется, спокойно его выслушать, не в коем случае не перебивать, а потом объяснить, что рецепт с истекшим сроком годности не принимается в аптеке, и сказать чтобы врач повторно выписал рецепт.**

2.Больной подал провизору измятый и порванный рецепт, потому прочитать его содержание было очень трудно. Как поступить фармацевту?

**Фармацевт должен связаться с лечащим врачом для уточнения выписанных лекарств в рецепте.**

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося \_\_Шромова Юлия Витальевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_\_203\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальность\_\_\_\_\_\_Фармация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику по МДК 03.01Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений

с \_\_\_\_17.06\_\_\_ по \_\_\_30.06\_\_\_\_\_20\_20\_\_\_г

На базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Города/района\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А. Цифровой отчет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
| 1 | Прием рецептов и проведение фармацевтической экспертизы | 17 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 3 |
| 3 | Таксирование рецептов |  |
| 4 | Таксирование требований |  |
| 5 | Фасовочные работы |  |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента |  |
| 7 | Прием товара по количеству ( указать количество товарных накладных ) | 2 |
| 8 | Прием товара по качеству ( указать количество товарных накладных ) | 2 |