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 Коваленко Анна Олеговна\_\_\_\_

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с « 17» июня 2020 г. по « 1» июля 2020»

Руководители практики:

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

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

Методический – Ф.И.О. (его должность) Казакова Елена Николаевна (преподаватель)

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 | 9.00 | 14.00 | Изучение рабочего места фармацевта по приему рецептов и требований. | *4*  *Казакова Е.Н* |
| 18.06.20 | 9.00 | 14.00 | Изучения назначения и выписывания лекарственных препаратов по рецептам в аптеке. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 19.06.20 | 9.00 | 14.00 | Изучение правил оформления рецептурных бланков. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 20.06.20 | 9.00 | 14.00 | Фармацевтическая экспертиза рецепта. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 22.06.20 | 9.00 | 14.00 | Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 23.06.20 | 9.00 | 14.00 | Проведения анализа лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска.  Проставления отметки об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 25.06.20 | 9.00 | 14.00 | Изучения порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам.  Изучения особенностей отпуска некоторых групп лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н* |
| 26.06.20 | 9.00 | 14.00 | Информирование фармацевтическим работником при отпуске лекарственного препарата.  Изучения порядка отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.  Работа с ситуационными задачами. | *5*  *Казакова Е.Н* |

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

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по приему рецептов и требований. Проведение фармацевтической экспертизы поступающих в аптечную организацию рецептов и требований медицинских организаций. Определение стоимости лекарственных препаратов, том числе экстемпоральных. Отпуск лекарственных препаратов по выписанным рецептам и требованиям. Установление норм единовременного и рекомендованного отпуска.

**Нормативные документы для изучения:**

* Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждениипорядканазначения лекарственных препаратов, форм рецептурныхбланков на лекарственные препараты, порядка оформленияуказанных бланков, их учета и хранения».
* Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензиюна фармацевтическую деятельность».
* Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
* Приказ Минздрава РФ от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 26.02.2013) «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

**1. Организация рабочего места по приему рецептов /требований**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Оснащение** | **Назначение** |
| Мебель | Секционный стол, регулируемый по высоте стул.  Предназначены для удобства работы фармацевта. |
| Оборудование | Шкафы выдвижные,стеллажи для хранения готовых лекарственных средств, компьютерное оборудование, кассовый аппарат, письменные принадлежности. |
| Нормативные документы, справочники и другое | Действующие приказы МЗ РФ № 4н, 54н, 110; приложение 1 Приказ Минздравсоцразвития РФ №110; действующая фармакопея XIV; памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков. |
| Компьютерное программное обеспечение | Программное обеспечение 1С: Аптека. |
| Штампы, печати | Штамп «Лекарственный препарат отпущен»; «Рецепт не действительный»; печать аптечной организации. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов; журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения; журнал учета рецептов, находящихся на отсроченном обслуживании. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Секционный стол, регулируемый по высоте стул,  шкафы для хранения лекарственных препаратов, вертушки для хранения изготовленных лекарственных форм. |
| Оборудование | Шкафы с секционными отделамидля хранения лекарственных средств; вертушки с лекарственными средствами и фармацевтическими субстанциями; отдельные шкафы для красящих, пахучих лекарственных средств; приборы для измерения веса и объема; посуда для изготовления лекарственных средств; калькулятор; письменные принадлежности |
| Нормативные документы, справочники и другое | Действующий приказ МЗ РФ №751н;действующая фармакопея XIV; государственный реестр ЛС; памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков; таблицы высших разовых и суточных доз; таблица потерь ЛС;таблица совместимости ингредиентов ЛС; таблицы цен, тарифы и таксы на изготовление лекарств; сигнатуры и этикетки на приготовленную лекарственную форму. |
| Компьютерное программное обеспечение | Программное обеспечение 1С: Аптека. |
| Штампы, печати | Печать аптечной организации |
| Первичные учетные формы (журналы) | Лабораторно-фасовочный журнал. |

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

2.1

Согласно приказу МЗ РФот 14.01.2019 N 4н «Об утверждениипорядканазначения лекарственных препаратов, форм рецептурныхбланков на лекарственные препараты, порядка оформленияуказанных бланков, их учета и хранения»

* Назначение лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты", индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность.
* Сведения о назначенном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, дозировка, способ введения и применения, режим дозирования, продолжительность лечения и обоснование назначения лекарственного препарата) вносятся медицинским работником в медицинскую документацию пациента.
* При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях назначение лекарственных препаратов производится без оформления рецепта медицинским работником единолично. Исключение: согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также, при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1) одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;

2) назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

* Назначение лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии - группировочному или химическому наименованию. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и группировочного или химического наименования лекарственного препарата, лекарственный препарат назначается медицинским работником по торговому наименованию.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, разработанных в соответствии с [пунктом 4 статьи 10](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_354521/e63d3344841b2f5636a73710e906a23ebaf9ab82/#dst100086) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерациилибо по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

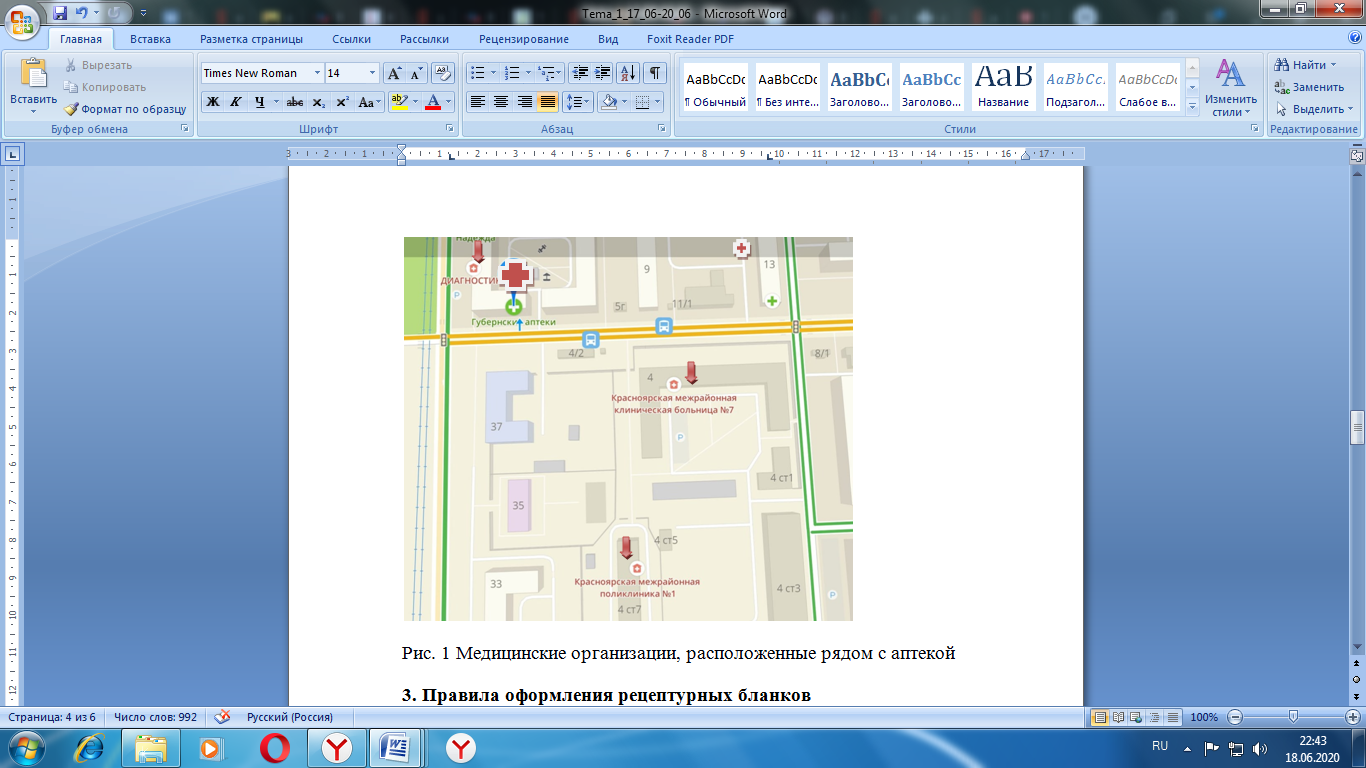
* Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность,запрещается оформлять рецепты при отсутствии у пациента медицинских показаний; на незарегистрированные лекарственные препараты; на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению предназначены для применения только в медицинских организациях; на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в список II Перечня, зарегистрированные в качестве лекарственных препаратов, в целях применения для лечения наркомании; 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 №121 входит в состав крупнейшей региональной сети аптек АО ГП КК "Губернские аптеки", г.Красноярска по адресу ул. Мичурина 39/ Павлова 3 в жилом доме. В данную аптеку входит отдел готовых лекарственных форм и льготный отдел.Режим работы аптеки с 8.00 до 20.00 ежедневно; льготный отдел Пн-Пт 08.00-20.00 Сб 10.00-16.00 Вс– выходной.

В районе аптеки находится множество жилых домов, детский сад, школа, межрайонная поликлиника №1, межрайонная клиническая больница №7, медицинский центр, стоматологическая клиника. Люди, проживающие в домах недалеко от аптеки, родители детей, работники ближайших организаций, посетители поликлиники, больницы и медицинских центров, именно эта категория граждан посещает данную аптеку. Данную аптеку по месту нахождения можно отнести к типу мест спальных районов.

Аптека представлена в формате аптеки с единым отпуском и льготным отпуском лекарственных средств.Ассортимент аптеки это лекарственные средства безрецептурного отпуска, рецептурного отпуска, льготного отпуска.



-Губернская аптека №121

Межрайонная поликлиника №1

Межрайонная клиническая больница №7

Диагностический центр

Рис. 1 Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой

****

Рис. 2 Губернская аптека 121

**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. | + | + | + | + |
| Категория больного: взрослый/детский | + | + | + | + |
| Дата выписки рецепта | + | + | + | + |
| ФИО больного | + | + | +  ФИО указывается полностью | + |
| Возраст (дата рождения/полных лет) | + | + | + | + |
| ФИО лечащего врача(фельдшера, акушерки); | + | + | + | + |
| Подпись и личная печать врача | + | + | + | + |
| Наименования ЛС на латинском языке и его дозировка и количество | + | + | + | + |
| Способ применения на русском языке | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Прописи наименований рецепта не более трех | + | - | - | - |
| Пропись наименований рецепта одна | - | + | + | + |
| Печать медицинской организации «Для рецептов» | - | + | + | + |
| Серия и номер рецепта | - | + | + | + |
| Номер медицинской карты | - | + | + | + |
| ФИО и подпись уполномоченного лица медицинской организации | - | - | + | - |
| Серия и номер полиса ОМС | - | - | + | + |
| Номер СНИЛС | - | - | - | + |
| Код ИП | - | - | - | + |
| Код категории граждан | - | - | - | + |
| Код нозологической  формы (по МКБ) | - | - | - | + |
| Источник финансирования | - | - | - | + |
| % оплаты | - | - | - | + |

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 |
|  | Бупраналр- д/ин | Бупренорфин | Опиоидный наркотических анальгетик, N02AE01 | ПП№681, сп II | 107-у/НП | 5 лет | 30 ампул (шприц-тюбиков) |
|  | Аминазин, табл. | Хлорпромазин | Нейролертики, N05AA01 | - | 107-1/у | 3 мес | Не установлена |
|  | Азалепрол, табл. | Клозапин | Нейролертики, N05AH02 | ПП №964 сильнодействующие | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Сомнол, табл. | Зопиклон | Снотворное средство, N05CF01 | ПП №964 сильнодействующие | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Коаксил, табл. | Тианептин | Антидепрессанты, N06AX14 | ПП №681 сп III | 148-1/у-88 | 5 лет | Не установлена |
|  | Реплика, капс | Прегабалин | Противоэпилептические средства, N03AX16 | ПП №964 сильнодействующие | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Сибазон, табл. | Диазепам | Анксиолитическое средство, N05BA01 | ПП №681 сп III | 148-1/у-88 | 5 лет | Не установлена |
|  | Феназепам, табл. | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | Анксиолитическое средство, N05BX | - | 107-1/у | 3 мес | Не установлена |
|  | Каффетин табл. | Парацетамол 0.25+  Пропифеназон 0.21+  Кофеин 0.05+  Кодеина фосфат 0.01 | Анальгизирующее средство, комбинированное, N02BE71 | Приказ №562н п. 5 (а) | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Кофетамин, табл. | Кофеин 0.1 +  Эрготамина 0.01 | Психостимуляторы а комбинации, N02CA52 | Приказ №562н п. 4 (а) | 107-1/у | Не хранится | Не установлена |

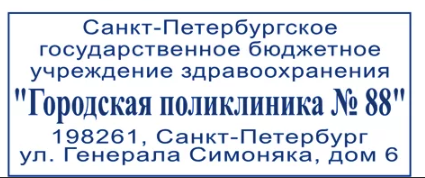
**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

4.1 Рецепты

**Приложение:**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333468/#dst0) 3108805

 Медицинская документация

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

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *4544*N*12 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *19*\_" \_*\_июня*  20*20*г.

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG (дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_*Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№14752*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_*Сидорова И.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Codeini 0,008*

................................*Terpini*.*hydratis*.*0,25*........................

................................*Natrii*.*hydrocarbonatis*.*0,25*...............

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

................................*S.По 1 таблетки1 раза в день*............

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

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

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*АО «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Терпенкод*

*№10, 1 упаковок*

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

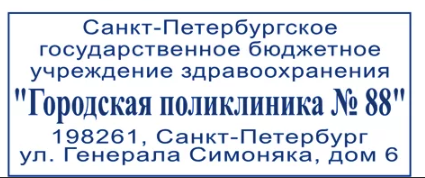
*Коваленко А.О.*

*19.06.2020*



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

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)

"*\_19*\_" *июня* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp..*Rp:Tabl.Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,001....*

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

...............*S.По 1 таблетки2развдень*.................

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*АО «Губернская аптека»*

*Аптека №121   
Феназепам*

*№50, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

*19.06.2020*



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

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

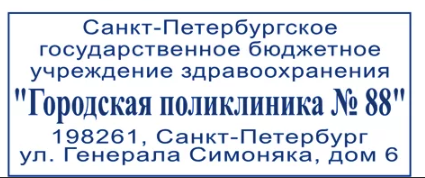
Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](consultantplus://offline/ref=76BE43051B68D73C6FC71F624271ACB8E687A048CC9C60DFF49F9F7E40eCg1F)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

 штамп медицинской организации Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │*5 7*│*1*│*4*│ N │*4*│*69*│*1*│*77*│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

*19*" *июня* 20*20*г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_*Иванов Дмитрий Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_*59*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_*041566998*\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_*745289*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *\_\_Сидоров Иван Николаевич\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: ..*Sol.Buprenorphini 3%-1ml*...................................

......*D.t.d №10(десять)*.*in amp.*.............................................

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG......*S.По 1 мл при болях*............................

Подпись и личная печать врача

(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Юшков Алексей Викторович* М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупранал 0,03% - 1 ml №5, 2 упаковки,   
  
19.06.2020 Паспорт 0413 558778*

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_*Коваленко Анна Олеговна*\_\_\_\_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

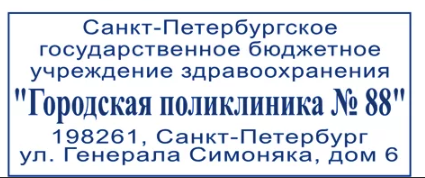
**Оборотная сторона**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333468/#dst0) 3108805

 Медицинская документация

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

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *4544*N*12 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *19*\_" \_*\_июня*\_\_\_\_ 20*20*г.

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG (дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_*Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№14752*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_*Сидорова И.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl. Zolpidemi 0,005*

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

................................*S*..По 1 таблетки 2 раза в день.

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

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

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

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

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*АО «Губернская аптека»*

*Аптека №121   
Санвал 0,01*

*№10, 1 упаковка*

*Врач Сидорова И.Н.*

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

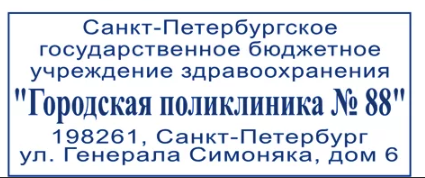
*Коваленко А.О.*

*19.06.2020*



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

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)

"*\_03*\_" *апреля* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp. .*Tabl.Enalapili0,01*...........

*.*............*D.t.d.№14*.............

............*S.По 1 таблетки 1 раз в день*.................

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*АО «Губернская аптека»*

*Аптека №121   
Ренитек 0,01*

*№14, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

*19.06.2020*



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

4.2 Памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков.

1. Проверка соответствия рецептурного бланка
2. Проверка срока действия рецепта
3. Проверка наличия основных реквизитов рецептурного бланка
4. Проверка наличия дополнительных реквизитов рецептурного бланка
5. Проверка правильности выписывания прописи рецепта, дозировка, способ применения
6. Проверка нормы отпуска ЛС
7. Регистрация рецепта
8. Оплата стоимости ЛС (если рецепт не льготный 100%)
9. Выдача чека
10. Отпуск ЛС
11. Отметка об отпуске ЛС
12. Возврат рецепта лицу, получивший ЛП / Хранение рецепта (по необходимости)

4.3Порядок действий фармацевта, если рецепт выписан с нарушением установленных правил.

Согласно приказу от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность»

Рецепты, выписанные с нарушением установленных правил, регистрируются в журнале, в котором указываются выявленные нарушения в оформлении рецепта, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, наименование медицинской организации, принятые меры, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт. О фактах нарушения правил оформления рецептов субъект розничной торговли информирует руководителя соответствующей медицинской организации.

4.4 Пример оформления записи в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов.

**Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов.**

АО «Губернская аптека» Аптека №121

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № 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.* | *19.06.2020* | *Городская поликлиника №88* | *Ким Н.П* | *Таблетки Сибутрамина 0,01* | *Не соответствует форма рецептурного бланка.* | *Рецепт возвращается пациенту. Информирование руководителя медицинской организации.* | *Коваленко Анна Олеговна* |

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

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по бесплатному и льготному отпуску**.** Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой.

**Нормативные документы для изучения:**

1.Федеральный закон от 17.07. 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

2.Постановление Правительства РФ от 30.07. 1994 г. N 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

3.Федеральная программа «7 нозологий».

4.Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждениипорядканазначения лекарственных препаратов, форм рецептурныхбланков на лекарственные препараты, порядка оформленияуказанных бланков, их учета и хранения».

Отчет о выполненной работе:

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

1) Проверка правильности оформление льготного рецепта

2) Проверка дополнительного бланка к льготному (по необходимости)

3) Проверка срока действия рецепта

4) Проверка наличия основных реквизитов льготного и дополнительного рецептурного бланка

5) Проверка наличия дополнительных реквизитов льготного и дополнительного рецептурного бланка

6) Проверка правильности выписывания прописи рецепта, дозировка, способ применения

7) Проверка нормы отпуска ЛС

8) Регистрация рецепта

9) Оплата стоимости ЛС (если рецепт с оплатой 50%)

10) Отметка об отпуске ЛС

11) Отметка на корешке рецепта

12) Отпуск ЛС и возврат корешка рецептурного бланка

13) Хранение льготного рецепта в аптеке 3 года

**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 |
|  | Sol.Buprenorphini 0,03% - 1 ml  D.t.d. N.10 inamp.  S. Вводить по 1 мл подкожно при болях | Бупранал | N02AE01 | 107/НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой бюджет, 100% | 15 дней | 3 года  (доп. 5лет) |
|  | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 intab.  S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой бюджет, 100% | 15 дней | 3 года (доп.5 лет) |
|  | Metamizolinatrii 0,3  Phenobarbitali 0,01  Coffeini 0,05  Codeini 0,008  D.t.d. N.10 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Тетралгин | N02BB72 | 148-1/у-88 | Ветеран труда Красноярского края | Краевой бюджет, 50% | 15 дней | 3 года (доп.3 года) |
|  | Clonidini 0,000075  D.t.d. N.12 intab.  S. Внутрь по 1 таблетке при кризе | Клофелин | C02AC01 | 148-1/у-88 | Инвалид I группы | Федеральный бюджет, 100% | 15 дней | 3 года (доп.3 года) |
|  | GeliKetorolaci 2%-30,0  D.S. Наносить на область болезненности 3 раза в день | Кеторол | M01AB15 | - | Ветеран труда Красноярского края | Краевойбюджет, 50% | 30 дней | 3 года |
|  | Dipyridamoli 0,01  D.t.d. N.5 in amp.  S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида | Персантин | В01AС07 | - | 7 нозологий | Федеральный бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Salmeteroli 0,00005  Fluticasonіpropionati 0,00025 D.t.d. N.60  S. По 2 дозы (2 ингаляции) каждые 12 часов ингаляционно | Серетид | R03AK07 | - | Больной бронхиальной астмой | Краевой бюджет, 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Phentanylitransdermaliterapevtic system 75 mtg/n  D.t.d. №10 (десять) in plast.  S. По 2 пластыря в 3 дня | Фендивия | N02AB03 | 148-1/у-88 | СПИД, ВИЧ инфицированные | Краевой бюджет, 100% | 15 дней | 3 года (доп.5 лет) |
|  | Lisinoprili 0,01  D.t.d. N 28 intab.  S.: по 1 таблетке 1 раз в день | Диротон | С09AА03 | - | пенсионер | Краевой бюджет, 50% | 90 дней | 3 года |
|  | Tabl. Acidivalproici 0,5  D.t.d. N30.  S.: по 1 таблетке 1 раз в день | Депакинхроно | N03AG01 | - | Эпилепсия | Краевой бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |

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

При отпуске ЛП по льготным рецептам фармацевт на лицевой стороне рецепта указывает: наименование аптечной организации в строке "Отпущено по рецепту"; торговое наименование ЛП и его дозировка; количество упаковок; дата отпуска; ФИО, подпись фармацевтического работника в строке "Отпустил".

На оборотной стороне рецепта указывается штамп "Лекарственный препарат отпущен", рецепт хранится в аптеке 3 года.

Также фармацевтом при отпуске ставится отметка на корешке рецепта и выдается пациенту: торговое наименование ЛП и его дозировка; способ применения; продолжительность; количество приемов в день; количество на один прием.

**Приложение:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C:\Users\Tosh\Documents\IMG_20200622_114657.jpg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Министерство здравоохранения  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\665.PNGРоссийской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА [<\*>](#p1078) | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 5 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 3 | 2 | G | 4 | 0 | . | 3 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |
| --- |
| РЕЦЕПТ Серия 0415 № 558714 Дата оформления: 22.06.2020  Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента \_\_ Иванов Д. И. \_\_\_ Дата рождения 15.07.1965 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0 | 2 | 8 | - | 2 | 7 | 9 | - | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 4 |  |  |  | | |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 8 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 3 | 7 |  |  | | |  |  |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 5896421 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Сидорова Н. В.\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp.:*Phenobarbitali 0,1……………..*  *……D.t.d. N.30 intab. ……………*  *……S. Внутрь по 1 таблетке на ночь…………* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\5646.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту:АО "Губернские аптеки" |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| Аптека №121 | | Фенобарбитал 0,1 | |
| Дата отпуска: "\_22\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г. | | *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*Количество:1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил:Коваленко А. О |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения:По 1 таблетке на ночь |  | |
| Наименование  лекарственного препарата: | | | | Продолжительность30 |  | дней |
|  |  | |
| Дозировка:Фенобарбитал 0,1 |  | |  | Количество приемов в день:1 |  | раз |
|  | | | | На 1 прием:0,1 |  | ед. |
|  | | | |  |  |  |

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

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернская аптека» Аптека №121*  *660003,г. Красноярск, ул. Павлова 3*  http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg  *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*  *Коваленко А.О.*  *22.06.2020* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C:\Users\Tosh\Documents\IMG_20200622_114657.jpg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Министерство здравоохранения  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\665.PNGРоссийской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА [<\*>](#p1078) | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 5 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 0 | 8 | 1 | I | 1 | 0 |  |  |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |
| --- |
| РЕЦЕПТ Серия 0415 № 558714 Дата оформления: 22.06.2020  Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента \_\_ Иванов Д. И. \_\_\_ Дата рождения 15.07.1965 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0 | 2 | 8 | - | 2 | 7 | 9 | - | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 4 |  |  |  | | |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 8 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 3 | 7 |  |  | | |  |  |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 5896421 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Сидорова Н. В.\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp.:*Clonidini 0,000075……………..*  *……D.t.d. N.12 intab. ……………*  *……S. Внутрь по 1 таблетке при кризе…………* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\5646.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту:АО "Губернские аптеки" |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| Аптека №121 | | Клофелин 0,000075 | |
| Дата отпуска: "\_22\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г. | | *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*Количество:1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил:Коваленко А. О |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения:По 1 таблетке при кризе |  | |
| Наименование  лекарственного препарата: | | | | Продолжительность12 |  | дней |
|  |  | |
| Дозировка:Клофелин 0,000075 |  | |  | Количество приемов в день:1 |  | раз |
|  | | | | На 1 прием:0,000075 |  | ед. |
|  | | | |  |  |  |

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

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернская аптека» Аптека №121*  *660003,г. Красноярск, ул. Павлова 3*  http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg  *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*  *Коваленко А.О.*  *22.06.2020* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C:\Users\Tosh\Documents\IMG_20200622_114657.jpg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Министерство здравоохранения  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\665.PNGРоссийской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА [<\*>](#p1078) | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 5 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\11.PNG |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 3 | 2 | G | 4 | 0 | . | 1 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |
| --- |
| РЕЦЕПТ Серия 0415 № 558714 Дата оформления: 22.06.2020  Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента \_\_ Иванов Д. И. \_\_\_ Дата рождения 15.07.1965 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0 | 2 | 8 | - | 2 | 7 | 9 | - | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 4 |  |  |  | | |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 8 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 3 | 7 |  |  | | |  |  |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 5896421 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Сидорова Н. В.\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp.:*Tabl. Acidivalproici 0,5……………..*  *……D.t.d. N 30 ……………*  *……S. По 1 таблетке 1 раз в день…………* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\5646.PNGC:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту:АО "Губернские аптеки" |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| Аптека №121 | | Депакинхроно 0,5 | |
| Дата отпуска: "\_22\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г. | | *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*Количество:3 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил:Коваленко А. О |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения:По 1 таблетке 1 раз в день |  | |
| Наименование  лекарственного препарата: | | | | Продолжительность90 |  | дней |
|  |  | |
| Дозировка:Депакинхроно 0,5 |  | |  | Количество приемов в день:1 |  | раз |
|  | | | | На 1 прием:0,5 |  | ед. |
|  | | | |  |  |  |

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

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернская аптека» Аптека №121*  *660003,г. Красноярск, ул. Павлова 3*  http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg  *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*  *Коваленко А.О.*  *22.06.2020* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C:\Users\Tosh\Documents\IMG_20200622_114657.jpg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Министерство здравоохранения  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\665.PNGРоссийской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА [<\*>](#p1078) | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 5 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 1 | 6 | R | 5 | 2 | . | 1 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |
| --- |
| РЕЦЕПТ Серия 0415 № 558714 Дата оформления: 22.06.2020  Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента \_\_ Иванов Д. И. \_\_\_ Дата рождения 15.07.1965 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0 | 2 | 8 | - | 2 | 7 | 9 | - | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 4 |  |  |  | | |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 8 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 3 | 7 |  |  | | |  |  |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 5896421 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Сидорова Н. В.\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp.:*Sol.Buprenorphini 0,03% - 1 ml……..*  *……D.t.d. N 10(десять) inamp. ……………*  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\5646.PNG*……S. Вводить по 1 мл подкожно при болях …………* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту:АО "Губернские аптеки" |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| Аптека №121 | | Бупранал 0,03% - 1мл | |
| Дата отпуска: "\_22\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г. | | *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*Количество:1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил:Коваленко А. О |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения:По 1 мл подкожно при болях |  | |
| Наименование  лекарственного препарата: | | | | Продолжительность10 |  | дней |
|  |  | |
| Дозировка:Бупранал 0,03% - 1мл |  | |  | Количество приемов в день:1 |  | раз |
|  | | | | На 1 прием:0,03% - 1мл |  | ед. |
|  | | | |  |  |  |

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

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернская аптека» Аптека №121*  *660003,г. Красноярск, ул. Павлова 3*  http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg  *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*  *Коваленко А.О.*  *22.06.2020* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C:\Users\Tosh\Documents\IMG_20200622_114657.jpg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Министерство здравоохранения  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\665.PNGРоссийской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА [<\*>](#p1078) | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 5 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 4 | 1 | 0 | M | 57 | 9 | . | 1 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ Серия 0415 № 558714 Дата оформления: 22.06.2020  Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | СНИЛС | 0 | 2 | 8 | - | 2 | 7 | 9 | - | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 4 |  |  |  | | |  |  | | N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 8 | 5 | 2 | 7 | 4 | 6 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 1 | 3 | 7 |  |  | | |  |  |  |  |  | | Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 5896421 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Сидорова Н. В.\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |   пациента \_\_ Иванов Д. И. \_\_\_ Дата рождения 15.07.1965 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp.: *…Metamizolinatrii 0,3……..*  *…….Phenobarbitali 0,01…*  *……..Coffeini 0,05……*  *..….Codeini 0,008.. ……..*  *……D.t.d. N 10 intab. ……………*  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\5646.PNG*……S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день …………* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту:АО "Губернские аптеки" |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| Аптека №121 | | Тетралгин | |
| Дата отпуска: "\_22\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г. | | *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*Количество:1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил:Коваленко А. О |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка | |  | | Способ применения:По 1 таблетке 2 раза в день |  | |
| Наименование  лекарственного препарата: | | | | Продолжительность5 |  | дней |
|  |  | |
| Дозировка:Тетралгин |  | |  | Количество приемов в день:2 |  | раз |
|  | | | | На 1 прием:1 |  | ед. |
|  | | | |  |  |  |

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

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернская аптека» Аптека №121*  *660003,г. Красноярск, ул. Павлова 3*  http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg  *https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=31512429c627bc0e68eb867b180fdad9&n=13*  *Коваленко А.О.*  *22.06.2020* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

**Виды работ:** ознакомление с правилами отпуска лекарственных препаратов.

**Нормативные документы для изучения:**

1. Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензиюна фармацевтическую деятельность».

Отчет о выполненной работе:

**1. Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам.**

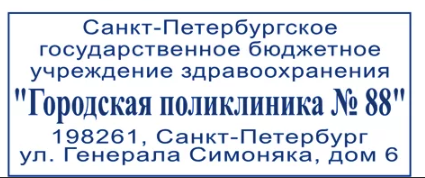
1.1 Памятка оформления рецептурных бланков 107-1/у, 148-1/у-88 при отпуске готовых ЛП.

При отпуске ЛП по рецепту фармацевт проставляет отметку на рецепте об отпуске ЛП и указывает:

1. Наименования аптечной организации (или ФИО ИП)
2. Торговое наименование отпущенного ЛП, дозировка, количество
3. ФИО медицинского работника в некоторых случаях ( если дозировка ЛП, имеющаяся в аптеке превышает дозировку ЛП, выписанного в рецепте; ЛП, выписанный на 107-1/у, срок действия которого один год и указаны периоды и количество отпуска ЛП)
4. ФИО фармацевтического работника, отпустивший ЛП
5. Дата отпуска ЛП
6. Штамп "Лекарственный препарат отпущен"

**Приложение копий рецептов с отметкой об отпуске:**

1. 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*\_" *июня* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp. .*Tabl.Venlafaxini 0,075*...........

*.*............*D.t.d.№28*.............

............ *S.По 1 таблетки 1 раз в день*.................

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Велаксин,0,075*

*№28, 1 упаковки*

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

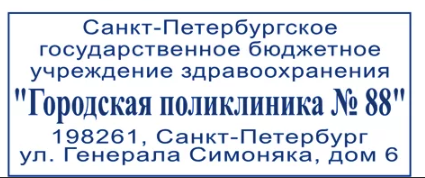
*Коваленко А.О.*

*25.06.2020*



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

1. 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*\_" *июня* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp. .*Tabl.Metoprololi 0,1*...........

*.*............*D.t.d.№30*.............

............ *S.По 1 таблетки 1 раз в день*.................

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Эгилок 0,1*

*№30, 1 упаковки*

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

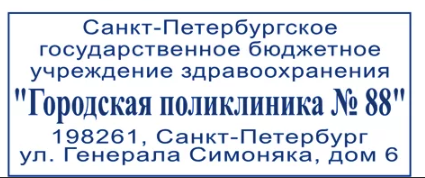
*Коваленко А.О.*

*25.06.2020*



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

1. 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*\_" *июня* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp. .*Sol. Ketorolaci 3%-1ml*...........

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

............ *S.Внутримышечно по 1 мл при болях*........

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Кетанов 3%-1мл*

*№10, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

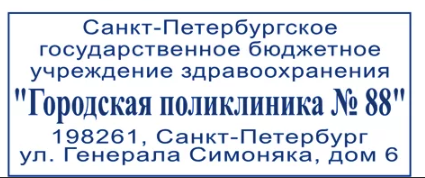
*25.06.2020*



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

1. Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333468/#dst0) 3108805

 Медицинская документация

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

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *4544* N *12 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *25*\_" \_*\_июня*  20*20*г.

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG (дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_*Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№14752*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_*Сидорова И.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Codeini 0,008*

................................*Phenobarbitali*.*0,01*................................*Caffeini 0,05*.............. ..................... ..........*Naproxeni 0,1*.......... .....................

................................*Metamizolinatrii*. *0,3*...............

................................*D.t.d.№10*.*in tab.*............................

................................*S.По 1 таблеткиприболях*............

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

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

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*АО «Губернская аптека»*

*Аптека №121   
Пенталгин-Н*

*№10, 1 упаковок*

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

*Коваленко А.О.*

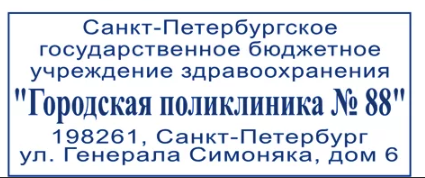
*25.06.2020*



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

1. Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333468/#dst0) 3108805

 Медицинская документация

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

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *4544* N *12 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *25*\_" \_*\_июня*\_\_\_\_ 20*20*г.

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG (дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_*Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№14752*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_*Сидорова И.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl*.*Zolpidemi 0,01*

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

................................*S*..По 1 таблетки 1 раза в день.

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

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

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

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

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Ивадал 0.01*

*№20, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

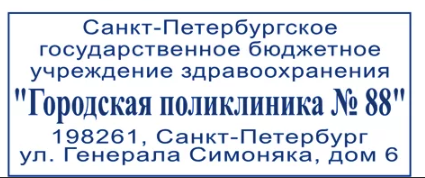
*25.06.2020*



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

1. Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333468/#dst0) 3108805

 Медицинская документация

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

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *4544* N *12 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *25*\_" \_*\_июня*\_\_\_\_ 20*20*г.

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG (дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_*Иванов Д. И.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№14752*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_*Сидорова И.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl*.*Diazepami 0,005*

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

................................*S*..По 1 таблетки 2 раза в день.

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

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

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

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

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОписание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Реланиум0.005*

*№20, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

*25.06.2020*



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

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 | +  Имеющих лицензию на деятельность по обороту нс, пв и их прекурсоров | +  Имеющих лицензию на деятельность по обороту нс, пв и их прекурсоров | - | - |
| Иммунобиологические ЛП | + | + | - | - |

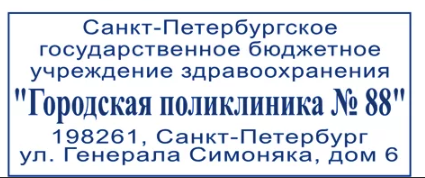
**1.3 Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов.**

При отпуске иммунобиологических ЛП на рецепте или корешке рецепта, который остается у лица приобретающего (получающего) ЛП, указывается точное время, в часах и минутах, отпуска ЛП.

Отпуск иммунобиологических ЛП осуществляется лицу, приобретающего (получающего) ЛП, при наличии у него специального термоконтейнера, в который помещается ЛП. Фармацевтическим работником разъясняется необходимость доставки данного ЛП в медицинскую организацию при условии хранения в специальном термоконтейнере в срок, не превышающий 48 часов после его приобретения.

При отпуске наркотических и психотропных ЛП на рецепте об отпуске ЛП проставляется печать аптеки или аптечного пункта, в котором указано их полное наименование. Отпускаются ЛП при предъявлении документа, удостоверяющего личность лица, указанного в рецепте или его законному представителю, или лицу, имеющему доверенность на право получения ЛП.

1. 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*\_" *июня* 20*20* г.

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

пациента *Иванов Д. И.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_*18.05.1989*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Сидорова И.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp. .*Sol.Immunoglobulinihumaninormmali 1,5 ml*...........

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

............ *S.Внутримышечно по 1,5 мл*.................

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

руб.|коп.|Rp.

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

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

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

руб.|коп.|Rp.

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

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



Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG-------------------------------------------------------

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*ОА «Губернская аптека»*

*Аптека №121  
Иммуноглобулин человека нормальный*

*№10, 1 упаковки*

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

*Коваленко А.О.*

*25.06.2020 16:15*



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

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

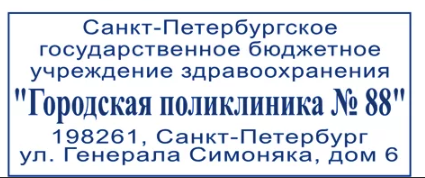
Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](consultantplus://offline/ref=76BE43051B68D73C6FC71F624271ACB8E687A048CC9C60DFF49F9F7E40eCg1F)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

 штамп медицинской организации Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │*5 7*│*1*│*4*│ N │*4*│*69*│*1*│*77*│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"*25*" *июня* 20*20*г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_*Иванов Дмитрий Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_*59*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_*041566998*\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_*745289*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *\_\_Сидоров Иван Николаевич\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: ..*Sol.Buprenorphini 3%-1ml*...................................

......*D.t.d №5(пять)*.*in amp.*.............................................

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG......*S.По 1 мл при болях*............................

Подпись и личная печать врача

(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Юшков Алексей Викторович* М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупранал 0,03% - 1 ml №5, 1 упаковки,   
25.06.2020 Паспорт 0413 558778*

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_*Коваленко Анна Олеговна*\_\_\_\_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

**Оборотная сторона**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  | Описание: http://pechatisdostavkoy.ru/media/rokgallery/b/be18466e-b81e-4b0d-a61e-a6767689da15/f3f90227-f367-4b28-fac9-b5130fbd2c6b.jpg |

**1.4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

Парацетамол

Это анальгезирующее ненаркотическое средство, анальгетик-антипиретик. Обладает жаропонижающим и болеутоляющим действием. Лекарственная форма представлена в виде таблеток, 500 мг. Данный препарат принимают внутрь с большим количеством воды, через 1-2 часа после приема пищи, взрослым и подросткам старше 12 лет по 1-2 таблетке до 4 раза в день, не более 4 грамма в сутки. Детям в возрасте 6-12 лет – по 0,5-1 таблетке 4 раза в сутки, до 6 лет. Интервал между приемами – не менее 4 часов.

У взрослых парацетамол не рекомендуется принимать более 5 дней в качестве обезболивающего средства и более 3 дней в качестве жаропонижающего средства без назначения и наблюдения врача.

У детей не рекомендуется принимать более 3 дней без назначения и наблюдения врача.

С осторожность принимать с почечной и печёночной недостаточностью, беременность и период лактации.

Перед употреблением лекарственного препарата ознакомьтесь с инструкцией!

Хранить при температуре не выше 30°С, в недоступном для детей месте.

Бромгексин

Это отхаркивающее муколитическое средство. Лекарственная форма представлена в виде таблеток, 8 мг. Данный препарат принимают внутрь, независимо от приема пищи. Взрослым и детям старше 14 лет по 1-2 таблетке 3-4 раза в сутки. Детям в возрасте 6-14 лет 1 таблетка 3 раза в сутки. Курс лечения от 4 до 28 дней.

С осторожность принимать с почечной и печёночной недостаточностью, при желудочных кровотечениях, заболеваниях бронхов, сопровождающимся чрезмерным скоплением секрета.

Бромгексин не назначают одновременно с ЛП, подавляющий кашлевой центр.

Перед употреблением лекарственного препарата ознакомьтесь с инструкцией!

Хранить в сухом защищенном от света месте при температуре не выше 25°С.

Хранить при температуре не выше 30°С, в недоступном для детей месте.

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

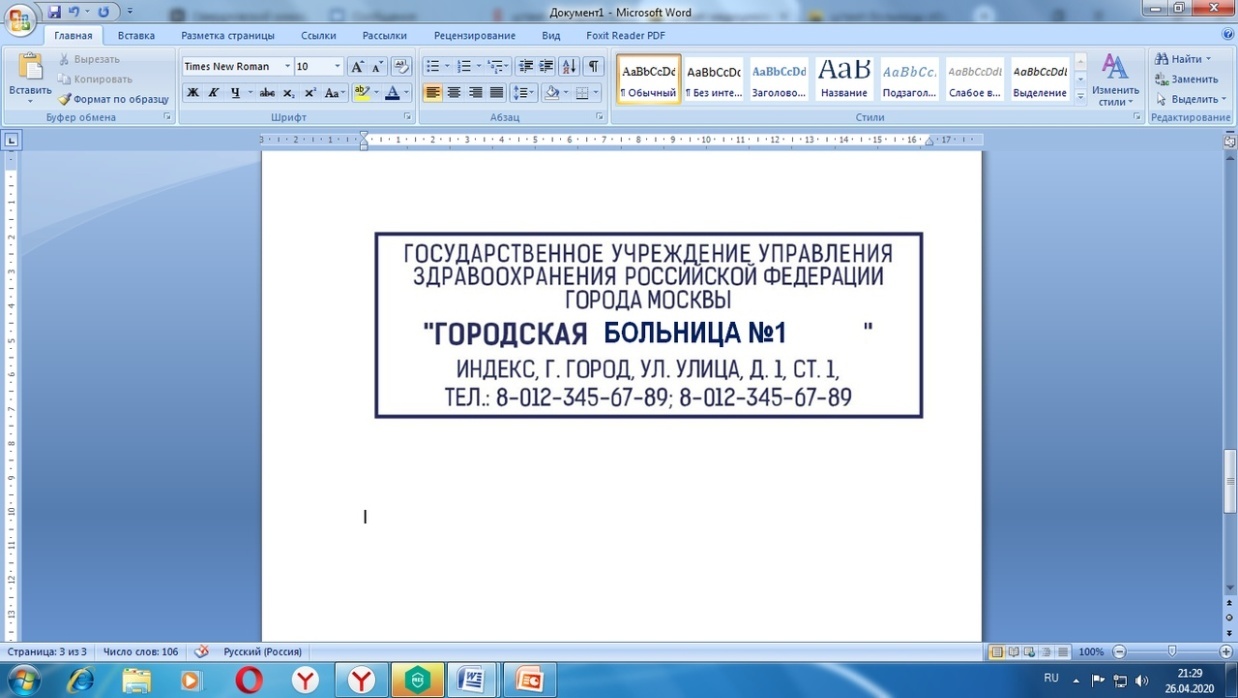
Допускается отпуск ЛП по требованиям-накладным медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на медицинскую деятельность.

Отпуск наркотических и психотропных ЛП списка II, психотропных ЛП списка III, иных лекарственных препаратов, подлежащих ПКУ, в том числе отпускаемых без рецепта осуществляется по отдельным требованиям-накладным и запрещается отпуск по требованиям-накладным ИП, имеющего лицензию на медицинскую деятельность.

При отпуске ЛП по требованиям-накладных фармацевтическим работником проверяется оформление требования-накладной и проставляет на ней отметку о количестве и стоимости отпущенных ЛП.

Все требования-накладные, по которым отпущены ЛП подлежат оставлению и хранению у субъекта розничной торговли. На наркотические и психотропные ЛП списка II, психотропные ЛП списка III - в течение 5 лет; на ЛП, подлежащие ПКУ – в течение 3 лет; на иные ЛП – в течение 1 года.

**Приложение требования-накладных:**

Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

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

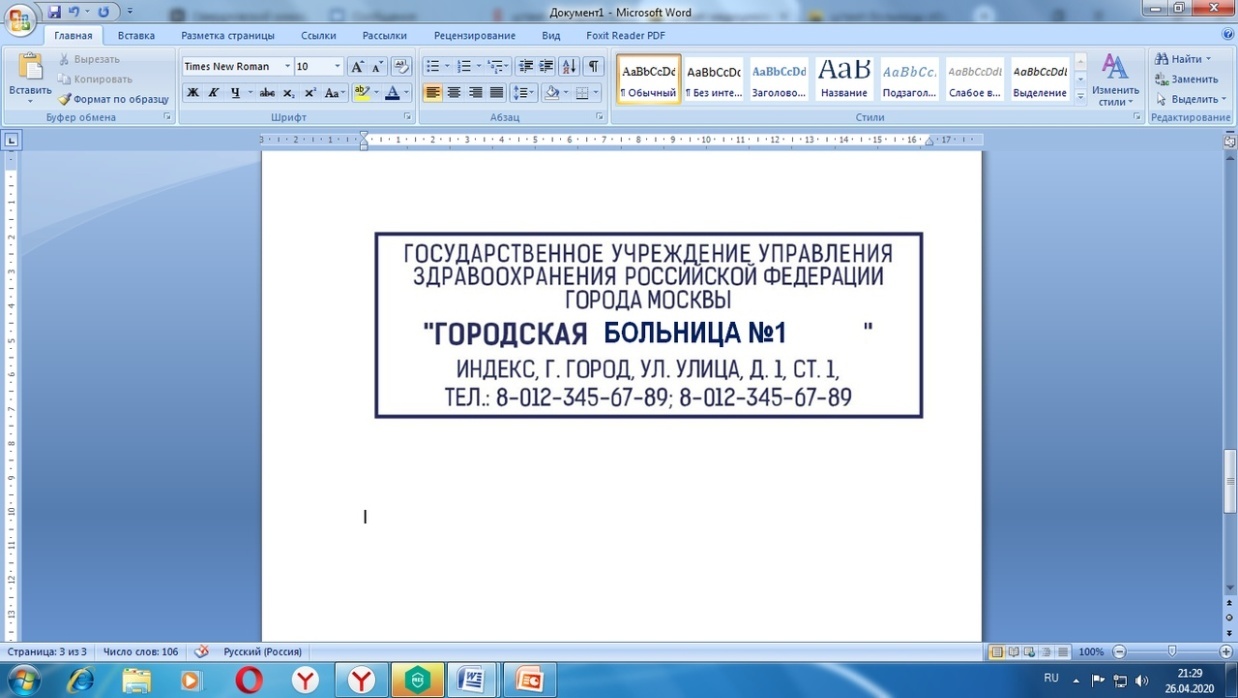
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGУчет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | Описание: https://sun4-17.userapi.com/wiJdIXgjbwMCpMVxFMODFw4WbsRkB6TzJ_d9SA/FyX8q0tApRE.jpgкод ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 25.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №121

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова В. А | Разрешил | Главный врач Федоров М.Н. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. Diazepami 0,005% - 2 ml №5  D. S. Внутривенно |  |  | Фл. | 8 | 8 | 175,00 | 1400,00 | |  |
| Rp.:Tabl. Zolpidemi 0,01 №15  D.S. Внутрь |  |  | Уп. | 3 | 3 | 405,00 | 1215,00 | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 2615,00 | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| Две тысячи шестьсот пятнадцать рублей 00 коп. | | | | | | | | | |
| Описание: https://i05.fotocdn.net/s122/f236779a3f8e147b/user_l/2787551144.jpgОписание: https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=4cdb4832f12d4306c4f05dc6ef23a358-l&n=13 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав.аптекой |  |  |  | Иванова Н.П. | Получил | Медсестра |  |  |  | Сидорова В.А. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | Описание: C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGУчет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | Описание: https://sun4-17.userapi.com/wiJdIXgjbwMCpMVxFMODFw4WbsRkB6TzJ_d9SA/FyX8q0tApRE.jpgкод ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 25.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №121

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова В. А | Разрешил | Главный врач Федоров М.Н. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.Glucosi 40% - 10,00 №10  D.S. Внутривенно |  |  | Фл. | 8 | 8 | 150,00 | 1200,00 |  |
| Rp.:Sol.Thiaminichloridi 5% -1,0 №10  D.S. Внутримышечно |  |  | Фл. | 15 | 15 | 48,00 | 720,00 |  |
| Rp.:Sol. Cyanocobalamini 0,5 – 1,0 №10  D.S. Внутримышечно |  |  | Фл. | 10 | 10 | 123,00 | 1230,00 |  |
| Rp.:Sol. Natriichloridi 0,9 – 10%  D.S. Внутривенно |  |  | Фл. | 20 | 20 | 51,00 | 1020,00 |  |
| Rp.:Sol. Cofeininatriibenzoatis 20% - 1,0 №10  D.S. Внутримышечно |  |  | Фл. | 5 | 5 | 149,00 | 745,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 4915,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Четыре тысячи девятьсот пятнадцать рублей 00 коп. | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание: https://i05.fotocdn.net/s122/f236779a3f8e147b/user_l/2787551144.jpgОписание: https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=4cdb4832f12d4306c4f05dc6ef23a358-l&n=13  **Отпустил** | Зав.аптекой |  |  |  | Иванова Н.П. | Получил | Медсестра |  |  |  | Сидорова В.А. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

1. **Решение ситуационных задач**
2. На рецепте написано «cito». Вы просите больного подождать 5 минут для его приготовления. Он подождал 7 минут. Лекарство не готово. Больной возмущается. Как следовало поступить фармацевту?

Фармацевту следовало не уточнять время приготовления рецепта, а отпустить ЛП по готовности. При возмущении больного, нужно его успокоить и сказать что, рецепт оформляется и ЛП будут отпущен в ближайшее время.

Согласно приказу 403н "Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность".

В случае отсутствия у субъекта розничной торговли ЛП, рецепт принимается на отсроченное обслуживание . Рецепты с пометкой "cito" (срочно) обслуживаются в течение двух рабочих дней со дня обращения лица к субъекту розничной торговли.

1. Как поступит фармацевт в следующей ситуации: в аптеку пришла старушка и принесла все рецепты, которые нашла в доме, подала их провизору?

Фармацевту нужно отобрать рецепты, у которых действует срок действия рецепта, принять в обработку и отпустить по этим рецептам ЛП. Остальные рецепты, у которых истек срок действия рецепта, считаются недействительным, фармацевт ставит штамп "Рецепт недействительный" и возвращает старушке.

**ОТЧЕТ  ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ  ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося    Коваленко Анна Олеговна

Группа 201 Специальность Фармация

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17 июня по 01 июля 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 | 18 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 2 |
| 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) | - |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) | - |

Б.  Текстовой отчет

За время прохождения практики

- закреплены знания: закрепила знания о законодательных актах, нормативной документации; о хранении, отпуске лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента.

- отработаны  практические умения: организовала работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности  и противопожарной безопасности; организовала прием, хранения, учет, отпуск лекарственных препаратов товаров аптечнгого ассортимента; отработала компьютерные методы сбора, хранения и обработки информации.

- приобретен практический опыт: приобрела практический опыт по соблюдению требований санитарного режима, охраны труда; по ведению первичной учетной документации

- выполнена самостоятельная работа (указать вид самостоятельной работы, название презентации).

Отметить условия прохождения практики, свое личное впечатление (работа в коллективе, отношения с руководством, сотрудниками, самостоятельность,  и т.д.), предложения по организации практики.

Студент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Коваленко Анна Олеговна

 (подпись)               (ФИО)

Общий/непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                     (подпись)               (ФИО)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.                                   м.п.