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\_\_\_Годуновой Виктории Александровны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «01» июля 2020 г.

Руководители практики:

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

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

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

Красноярск

2020

Содержание

[1. Цель и задачи прохождения производственной практики 3](#_Toc44361527)

[2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики. 3](#_Toc44361528)

[3. Тематический план 4](#_Toc44361529)

[4. График прохождения практики 5](#_Toc44361530)

[5. Содержание и объем проведенной работы: 7](#_Toc44361531)

[6.ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ 53](#_Toc44361532)

# 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 |
| 17.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Изучение рабочего места фармацевта по приему рецептов и требований. | 4 |
| 18.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Проведение фармацевтической экспертизы поступающих в аптечную организацию рецептов и требований медицинских организаций. Определение стоимости ЛП, в том числе и экстемпоральных | 4 |
| 19.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Отпуск ЛП по выписанным рецептам и требованиям | 4 |
| 20.06.2020 | 10.00 | 16.00 | Установление норм единовременного и рекомендованного отпуска | 4 |
| 22.06.2020 | 10.00 | 16.00 | Организация бесплатного и льготного отпуска ЛП | 4 |
| 23.06.2020 | 10.00 | 16.00 | Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на ЛП гражданам, имеющим право на бесплатное или льготное получение препаратов со скидкой | 4 |
| 25.06.2020 | 10.00 | 16.00 | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска ЛП | 4 |
| 26.06.2020 | 10.00 | 16.00 | Ознакомление с правилами отпуска ЛП | 4 |

# 5. Содержание и объем проведенной работы:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочий стол с выдвижными ящиками, шкафы для хранения готовых ЛС, стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой спинкой. |
| Оборудование | Холодильники, сейф и несгораемый металлический шкаф для веществ подлежащих ПКУ, тревожная кнопка. |
| Нормативные документы и справочная литература | Памятка по приёму рецептов, Государственная Фармакопея. |
| Компьютерное программное обеспечение | Программа еФарма 2.0 |
| Штампы и печати | Штампы- «Рецепт не действителен», «Лекарственный препарат отпущен»  печать аптечной организации |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов, журнал отсроченного обслуживания. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал отсроченного обслуживания, лабораторно-фасовочный журнал |
| Программное обеспечение | Программа еФарма 2.0 |
| Штампы и печати | Штампы и печати не ставятся, но ставится отметка о количестве и стоимости отпущенных ЛП. |
| Нормативные документы и справочная литература | Государственная Фармакопея, таблицы ВРД и ВСД, литература по совместимости и взаимодействию лекарственных средств, приказы Министерства здравоохранения, регламентирующие прием и отпуск рецептов и лекарств по ним, приказы по хранению. Справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, Государственный реестр ЛС, таблицы цен, тарифы на изготовление лекарств. Перечень наркотических, психотропных, ядовитых веществ. Приказ по санитарному режиму, этикетки, сигнатуры. |
| Оборудование | Холодильники, сейф и несгораемый металлический шкаф для хранения лекарственных средств подлежащих ПКУ, калькулятор. |
| Мебель | Рабочий стол с выдвижными ящиками, шкафы для хранения готовых ЛП, стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой, шкаф с двумя поворотными секциями и вертушками для приготовленных ЛС, вертушка для готовых ЛС |

Правила назначения лекарственных препаратов по рецептам:

* Категории медицинских работников осуществляющих назначение ЛП: лечащий врач, фельдшер, акушерка в случае возложения на них полномочий лечащего врача, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность;
* Медицинская карта пациента содержит сведения о назначенном ЛП;
* Если пациенту оказывали помощь в стационарных условиях, то назначение ЛП проводится без оформления рецепта, за исключением:

А) Единовременного назначения более 5 ЛП одному пациенту;

Б) При назначении ЛП, не состоящих в списке ЖНВЛС;

В) Нетипичном течении заболевания;

Г) Наличии осложнения основной болезни, и/ или сопутствующих болезнях; Д) При назначении нескольких ЛП, если их взаимодействие приводит к снижению эффекта и безопасности и могут создавать возможную угрозу жизни и здоровья пациента.

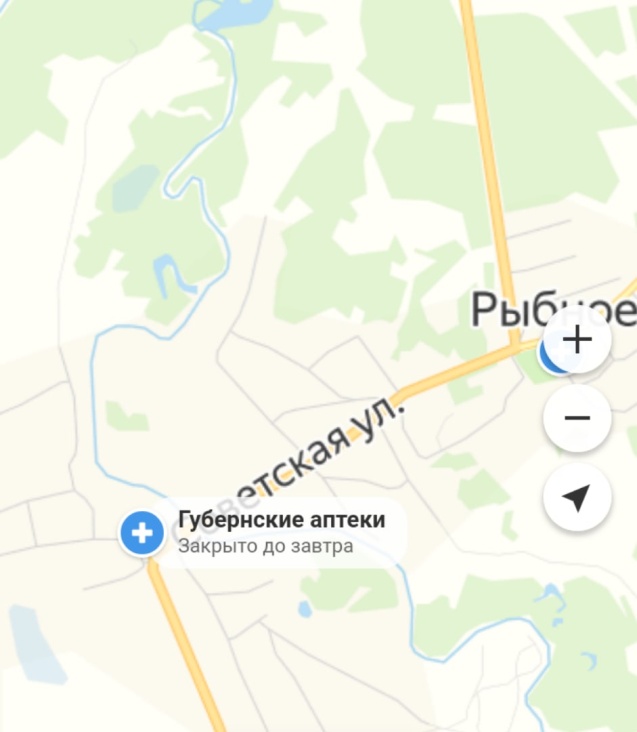
В этих перечисленных случаях назначенные ЛП фиксируются в медицинской карте пациента, заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением ( или уполномоченного лица);

* При оказании помощи в стационарных условиях, по решению врачебной комиссии назначаются ЛП, не входящие в список ЖНВЛС, если их заменяют из-за индивидуальной переносимости и в случае жизненных показаний. Данное решение заносится в медицинскую карту пациента и в журнал врачебной комиссии;
* Группы ЛП, на которые запрещается выписывать рецепты индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность : ЛП, содержащие средства и психотропные вещества, внесенные в список 2 и 3 Перечня.

Красный - Аптечный пункт «Губернские аптеки №10»

Так же в селе находится КГБУЗ Рыбинская районная больница, что позволяет обратиться в аптеку с рецептами (зеленый)

Форма собственности-АО



Режим работы:



Ассортимент: ЛП, БАД, детское питание, гигиенические средства, парфюмерно-косметические товары, медицинские изделия, минеральные воды, ЛРП.

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. | + | + | + | + |
| Дата выписки рецепта | + | + | + | + |
| ФИО больного и его возраст | + | + | + | + |
| ФИО врача | + | + | + | + |
| Наименование и количество ЛС | + | + | + | + |
| Пропись на Латинском языке | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| Подпись и печать врача | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Код категории граждан, получающих льготу | - | - | - | + |
| Отметка об источнике финансирования | - | - | - | + |
| Адрес и номер медицинской карты пациента | - | + | - | - |
| Печать «Для рецептов» | - | + | + | + |
| Серия и номер рецепта | - | + | - | - |
| СНИЛС и номер полиса обязательного медицинского страхования | - | - | - | + |
| Код ИП | - | - | - | + |
| Код нозологической формы (По МКБ) | - | - | - | + |
| % оплаты | - | - | - | + |
| Штрихкод | - | - | - | + |

3.2 Анализ ЛП, 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 |
|  | Бупранал р- д/ин | Бупренорфин | N02AE01  Опиоидные наркотические анальгетики | Список II  Пп №681 | 107-у/НП | 5 лет | 30 амп.  3 уп. |
|  | Аминазин, табл. | Хлорпромазин | N05AA01  Нейролептики | - | 107-1/у | 3 месяца | Норма отпуска не установлена |
|  | Азалепрол, табл. | Клозапин | N05AH02  Нейролептики | Пп №964 | 148-1/у-88 | 3 года | Норма отпуска не установлена |
|  | Сомнол, табл. | Зопиклон | N05CF01  Снотворное средство | Пп №964 | 148-1/у-88 | 3 года | Норма не установлена |
|  | Коаксил, табл. | Тианептин | N06AX14  Антидепрессанты | Список III  Пп  №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | Норма не установлена |
|  | Реплика, капс | Прегабалин | N03AX16  Противоэпелептические средства | Пп №964 | 148-1/у-88 | 3 года | Норма отпуска не установлена |
|  | Сибазон, табл. | Диазепам | N05BA01  Анксиолитическое средство | Список III  Пп  №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | Норма отпуска не установлена |
|  | Феназепам, табл. | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | N05BX  Анксиолитики и другие | - | 107-1/у | Не хранится | Норма отпуска не установлена |
|  | Каффетин табл. | Кодеин+Кофеин+Парацетамол+Пропифеназон | N02BE71  Комбинирующее анальгезирующее средство | Пр №562  П5(а) | 148-1/у-88 | 3 года | Норма отпуска не установлена |
|  | Кофетамин, табл. | Кофеин+Эрготамин | N02CA52  Психостимуляторы в комбинациях | Пр №562 п4(а) | 107-1/у | Не хранится | Не установлена |

**Памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков**

* Проверяем соответствие формы рецептурного бланка выписанному ЛП;
* Наличие необходимых реквизитов (основные + дополнительные);
* Правомочность лица, выписавшего рецепт;
* Срок действия рецепта;
* Совместимость ингредиентов;
* Соответствие доз возрасту больного;
* Соответствие выписанных количеств ЛП установленным нормам отпуска.

**Порядок действий фармацевта, если рецепт выписан с нарушением установленных правил:**

1. Регистрируются в журнале (указывают нарушения в рецепте, ФИО медицинского работника, который выписал рецепт, наименование медицинской организации, принятые меры)

2. Рецепт отмечается штампом «Рецепт недействителен» и возвращают лицу, который его предоставил.

3. О нарушениях оформления рецепта субъект розничной торговли должен проинформировать руководителя медицинской организации, указанной на рецепте.

**Пример оформления записи в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | 20.06.2020 | Городская клиническая больница №00 | Грибов Д.Е. | Таблетки Бисопролола 10мг | Отсутствует личная печать врача | Рецепт гасится штамм «Рецепт недействителен» рецепт возвращается посетителю, и данное ЛПУ уведомляется о нарушении |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 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)

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

РЕЦЕПТ №1

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 0 7 N 7 6 6 7 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

"20" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

Пациента Логвиненко Я.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 19 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 336652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Годунова В.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:

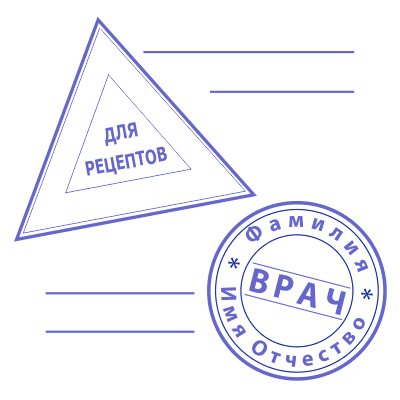
.................................Codeini 0,008.......................

.................................Coffeini 0,05.......................

.................................Naproxeni 0,1. .....................

.................................Metamizoli Natrii 0,3...............

.................................Phenobarbitali 0,01.................

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

.................................S: По 1 таблетке при болях..........

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

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

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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

«Пенталгин – Н»

№10, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

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 №2

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"*\_*20\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Саманаев Е.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_30.01.1997 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Логвиненко Я.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp.Tabl.Bisoprololi 10mg

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

............S. по 1 таблетке 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 (\_\_\_\_\_\_два\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Бисопролол 10мг

№50, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

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 №3

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │3 9│9│9│ N │3│1 6│1│5 0│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

20\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_Герасимов Андрей Павлович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_4146557\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_655758\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *\_\_*Годунова Виктория Александровна *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: ..Sol. Buprenorphini 0,03%-1,0.......................................

......D.t.d №10 in amp...................................................

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG S.Вводить в/м или в/в медленно по 300 мкг с интервалом 6-8ч.

Подпись и личная печать врача

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

 М.П.

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

Горбатенко Виктор Павлович М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Бупренорфин 0,03%-1,0

№10, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 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)

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

РЕЦЕПТ №4

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 0 0 9 N 4 6 6 5 9

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

"20" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

Пациента Логвиненко Я.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 59 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

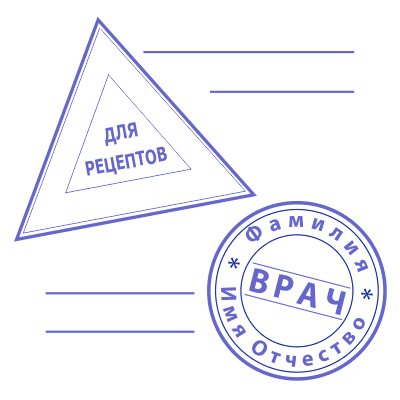
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 336652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Годунова В.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:

.................................Tabl. Tianeptini 0,0125......................

.................................D.t.d. 30....................................

.................................S: По 1 таблетке 3 раза в сутки перед едой...

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Тианептин 0,0125

№30, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

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 №5

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"*\_*20\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Лимонова А.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_30.01.1997 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Логвиненко Я.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp.Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,025..

............D.t.d.№510 in tabl..........................

............S. по 1 таблетке на ночь....................

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

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 (\_\_\_\_два\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Бромдигидрохлордиазепин 0,025

№10, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

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

Алгоритм для проведения фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов:

* Соответствие формы рецептурного бланка;
* Наличие обязательных и дополнительных реквизитов( Дополнительные- Серия, код ЛС, Код категории граждан, код нозологической формы, код источника финансирования, процент оплаты, дата рождения пациента, СНИЛС, ОМС, код врача, печать «Для рецептов»)
* Правомочность лица, выписавшего рецепт;
* Правильность оформления рецепта и способа применения ЛП;
* Проверка совместимости ингредиентов;
* Дозировка и нормы отпуска ЛП;
* Срок действия рецепта

Выявленные неточности согласовываются с врачом и отпускают ЛП

Не соответствует

Рецепт погасить штампом «Рецепт не действителен» и зарегистрировать в журнале неправильно выписанных рецептов

Не соответствует

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 in amp.  S. Вводить по 1 мл подкожно при болях | Бупранал | N07BC01 | 148-1/у-88 | Больной онкологическим заболеванием | Краевой, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой, 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Metamizoli natrii 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, 50% | 15 дней | 3 года |
|  | Clonidini 0,000075  D.t.d. N.12 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке при кризе | Клофелин | C02AC01 | 148-1/у-88 | Инвалид I группы | Краевой,  50% | 60 дней | 3 года |
|  | Geli Ketorolaci 2%-30,0  D.S. Наносить на область болезненности 3 раза в день | Кеторол | M01AB15 | - | Ветераны труда Красноярского края | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
|  | Dipyridamoli 0,01  D.t.d. N.5 in amp.  S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида | Дипиридамол | B01AC07 | - | 7 нозологий | Федеральный,100% | 90 дней | 3 года |
|  | Salmeteroli 0,00005  Fluticasonі propionati 0,00025 D.t.d. N.60  S. По 2 дозы (2 ингаляции) каждые 12 часов ингаляционно | Серетид | R03AK06 | - | Больной бронхиальной астмой | Краевой, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Phentanyli transdermali terapevtic system 75 mtg/n  D.t.d. №10 (десять) in plast.  S. По 2 пластыря в 3 дня  **ВИЧ -инфицированный** | Фендивия | N02AB03 | 148-1/у-88 | СПИД, ВИЧ инфицированные | Краевой,  100% | 90 дней | 3 года |
|  | Tabl. Captoprili 0,025  D.t.d. №30  S: По 1 таблетке 2 раза в день | Каптоприл | С09АА01 | - | Ветеран труда Красноярского края | Краевой,50% | 90 дней | 3 года |
|  | Tabl. Bromocriptini 0,025  D.t.d.№30  S: По 1 таблетке 2 раза в день | Бромокриптин | G02CB01 | - | Эпилепсия | Краевой,100% | 90 дней | 3 года |

1

Министерство здравоохранения

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │1│0│2│4│6│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│4│5│2│2│3│0│0│5│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| 0 | 8 | 1 | G | . | 4 | 6 | . |

**РЕЦЕПТ** Серия 0414 N \_\_5658\_\_\_ Дата оформления: 23 06 2020 г.

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

пациента Логвиненко Яна Яковлевна Дата рождения │0│5│ │0│8│ 1998

└─┴─┘ └─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 3 | 0 | 8 | - | 4 | 2 | 0 | - | 4 | 0 | 1 |  | 2 | 7 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 5 | 1 | 4 | 8 | 5 | 6 | 0 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 6 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_66854\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

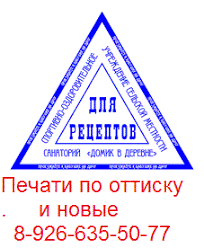
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Годунова В.А.

Руб. Коп. Rp:Clonidini 0,000075

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

... ... ... .. D.t.d. № 12 in tabl.... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... ...Signa:Внутрь по 1 таблетке при кризе.... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

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

---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1 упаковка  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Клофелин | |
| Дата отпуска: "23" июня 2020 г. | Количество: 1 упаковка | |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПриготовил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПроверил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОтпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь  Продолжительность при кризе\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата:Клофелин |  | |
| Дозировка: 0,000075\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_1\_ раз | |
|  | На 1 прием: 0,000075\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| АО Губернские аптеки  Аптека №10  Клонидин 0,000075  №12, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А.  23.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

2

Министерство здравоохранения

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │1│0│2│4│6│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│4│5│2│2│3│0│0│5│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

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

**РЕЦЕПТ** Серия 0314 N \_\_5759\_\_\_ Дата оформления: 23 06 2020 г.

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

пациента Логвиненко Ия Артуровна Дата рождения │0│5│ │0│8│ 1984

└─┴─┘ └─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 0 | 2 | - | 8 | 2 | 7 | - | 4 | 0 | 1 |  | 9 | 9 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 9 | 7 | 1 | 5 | 6 | 5 | 6 | 0 | 0 | 3 | 4 | 4 | 1 | 6 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_35421\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

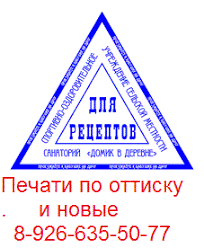
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_Годунова В.А.

Руб. Коп. Rp:Tabl. Bromocriptini 0,025

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

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

... ... ... ...Signa:По 1 таблетке 2 раза в день.... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

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

---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1 упаковка  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Бромокриптин | |
| Дата отпуска: "23" июня 2020 г. | Количество: 1 упаковка | |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПриготовил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПроверил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОтпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь  Продолжительность 90\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата:Бромокриптин |  | |
| Дозировка: 0,025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_2\_ раз | |
|  | На 1 прием: 0,025\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| АО Губернские аптеки  Аптека №10  Бромокриптин 0,025  №30, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А.  23.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

3

Министерство здравоохранения

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │1│0│2│4│6│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│4│5│2│2│3│0│0│5│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| 0 | 0 | 7 | Z | 9 | 4 | . | 8 |

**РЕЦЕПТ** Серия 0315 N \_\_5760\_\_\_ Дата оформления: 23 06 2020 г.

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

пациента Лимонова Ия Артуровна Дата рождения │0│5│ │0│8│ 1999

└─┴─┘ └─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 0 | 2 | - | 8 | 2 | 7 | - | 4 | 0 | 1 |  | 9 | 9 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 9 | 7 | 1 | 5 | 6 | 5 | 6 | 0 | 0 | 3 | 4 | 4 | 1 | 6 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_35421\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

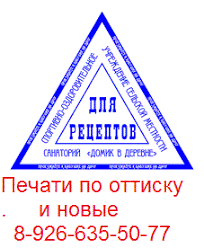
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_Годунова В.А.

Руб. Коп. Rp:Dipyridamoli 0,01

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

... ... ... .. D.t.d. № 5 in amp..... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... ...Signa:В/в капельно на физиологическом растворе натрия хлорида.... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

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

---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1 упаковка  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Дипиридамол | |
| Дата отпуска: "23" июня 2020 г. | Количество: 1 упаковка | |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПриготовил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПроверил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОтпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутривенно  Продолжительность \_90\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата:Дипиридамол |  | |
| Дозировка: 0,01\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_ раз | |
|  | На 1 прием: 0,01\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| АО Губернские аптеки  Аптека №10  Дипиридамол 0,01  №5, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А.  23.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

4

Министерство здравоохранения

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │1│0│2│4│6│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│4│5│2│2│3│0│0│5│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| 3 | 1 | 6 | С | 1 | 6 | . | 4 |

**РЕЦЕПТ** Серия 0315 N \_\_5760\_\_\_ Дата оформления: 23 06 2020 г.

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

пациента Лим Анжелика Артемовна Дата рождения │0│2│ │0│7│ 1969

└─┴─┘ └─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 0 | 2 | - | 6 | 4 | 5 | - | 6 | 0 | 1 |  | 7 | 1 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 3 | 1 | 5 | 7 | 5 | 6 | 0 | 0 | 7 | 4 | 4 | 1 | 6 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_357638\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

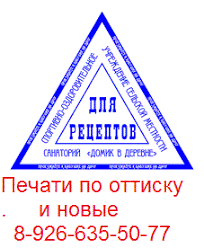
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_Годунова В.А.

Руб. Коп. Rp:Sol. Buprinorphini 0,03%-1ml.

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

... ... ... .. D.t.d. № 10 in amp..... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... ...Signa:Вводить по 1 мл подкожно при болях..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

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

---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1 упаковка  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Бупранал | |
| Дата отпуска: "23" июня 2020 г. | Количество: 1 упаковка | |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПриготовил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПроверил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОтпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Подкожно  Продолжительность \_90\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата:Бупренорфин |  | |
| Дозировка: 0,03%-1 мл.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_-\_ раз | |
|  | На 1 прием: 1\_ мл. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| АО Губернские аптеки  Аптека №10  Бупранал 0,03%-1 мл  №10, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А.  23.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

5

Министерство здравоохранения

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │1│0│2│4│6│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│4│5│2│2│3│0│0│5│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

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

**РЕЦЕПТ** Серия 0574 N \_\_6860\_\_\_ Дата оформления: 23 06 2020 г.

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

пациента Лукова Алина Артемовна Дата рождения │0│2│ │0│7│ 1974

└─┴─┘ └─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 4 | 0 | 5 | - | 4 | 4 | 8 | - | 5 | 4 | 1 |  | 8 | 2 |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 7 | 3 | 0 | 5 | 8 | 5 | 4 | 0 | 0 | 7 | 5 | 5 | 7 | 7 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_367666\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

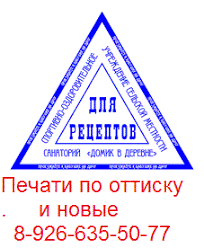
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_Годунова В.А.

Руб. Коп. Rp:Phenobarbitali 0,1

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

... ... ... .. D.t.d. № 30 in tabl..... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... ...Signa:Внутрь по 1 таблетке на ночь..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

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

---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1 упаковка  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Фенобарбитал | |
| Дата отпуска: "23" июня 2020 г. | Количество: 1 упаковка | |
| C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПриготовил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПроверил: | C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGОтпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутренне  Продолжительность \_90\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата:Фенобарбитал |  | |
| Дозировка: 0,1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_1\_ раз | |
|  | На 1 прием: 0,1\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| АО Губернские аптеки  Аптека №10  Фенобарбитал 0,1  №30, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А.  23.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

Действия фармацевта при отпуске льготного ЛП:

1. Соответствие формы бланка и прописи;
2. Наличие обязательных и дополнительных реквизитов;
3. Правомочность лица, которое выписало рецепт;
4. Правильность прописи и способа применения;
5. Совместимость ингредиентов;
6. ВРД и ВСД сильнодействующих, ядовитых и наркотических;
7. Нормы отпуска ЛС;

*Если есть, какое либо нарушение или отсутствует данный ЛП в аптеке, согласовываем с лечащим врачом. В случае, невозможности связаться с врачом ставим штамп «Рецепт недействителен» и заносим в журнал неправильно выписанных рецептов.*

1. Срок действия рецепта;
2. Изготовление и таксировка рецепта;
3. Регистрация рецепта;
4. Оформление корешка, в случае, если рецепт длительного действия, то он возвращается больному с указанием на оборотной стороне количества отпущенного препарата и даты отпуска;
5. Выдача квитанции;
6. Оплата рецепта;
7. Отпуск ЛП вместе с корешком;
8. Хранение и дальнейшее уничтожение рецепта.

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

Порядок оформления бланка 107-1/у бланка:

* Штамп учреждения здравоохранения с указанием адреса и номера телефона проставляется в левом верхнем углу;
* Писать разборчиво и понятно, бланк заполняется черной или шариковой ручкой;
* ФИО пациента и медицинского работника пишется полностью;
* Если рецепт выписан ребенку до 1 года, то пишется полное количество месяцев;
* Пропись пишется на латинском языке с указанием МНН, за его отсутствием пишется группировочное или торговое, также прописывается дозировка и количество на курс лечения;
* Способ применения пишется на русском языке ( в другой стране- на национальном);
* Рецепт заверяется подписью и личной печатью медицинского работника;
* Если ЛП назначено по решению врачебной комиссии, то на оборотной стороне делается отметка.

Для пациента с хроническим заболеванием указывается дополнительно:

* Пациенту с хроническим заболеванием;
* Периодичность отпуска, которая заверяется печатью, подписью медицинского работника и печать «Для рецептов»;
* Указание срока действия рецепта.

Порядок оформления бланка 148-1/у-88 бланка:

* Указание серии и номера;
* В верхнем левом углу указывается штамп лечебно-профилактического учреждения с указанием его наименования, адреса и телефона;
* В левом углу типографским способом указывается адрес врача, номер, дата и срок действия лицензии, наименование государственной власти, выдавшей документ, подтверждающей наличие лицензии;
* Бланк заполняется четко и разборчиво чернилами или шариковой ручкой;
* В графе ФИО больного и возраст, указывается полностью фамилия, имя, отчество, его возраст (количество полных лет);
* В графе адрес и номер медицинской карты амбулаторного больного указывается адрес места жительства пациента или номер медицинской карты;
* В графе ФИО врача, полностью указывается фамилия, имя, отчество медицинского работника;
* В графе рецепт указывает - пропись одного ЛП на латинском языке, с указанием МНН или группировочного, или торгового названия.. Дозировка ЛП. Способ применения на национальном языке (русском);
* Рецепт подписывается врачом и заверяется его личной подписью;
* Дополнительно заверяется печатью « Для рецептов»;
* Срок действия рецепта указывается путем зачеркивания.

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 №1

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"*\_*26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Саманаев Егений Андреевич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_30.01.1995 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Годунова Виктория Александровна\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp.Tabl.Niphedipini 10mg

............D.t.d.№30................

............S. По 1 таблеткt 3 раза 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 Губернские аптеки  Аптека №10  Нифедипин 10мг  C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG№30, 1 упаковка  Отпустил: Годунова В.А. | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

2.

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 №2

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"*\_*26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Карлова Екатерина Яковлевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_25.08.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Годунова Виктория Александровна\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp.Tabl. Bisoprololi 10mg

............D.t.d.№50................

............S. По 1 таблетке 2 раза 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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Бисопролол 10мг

№50, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

3

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 №3

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"*\_*26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Саманаева Яна Шишковна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_30.01.1995 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Логвиненко Яна Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.|Rp.Tabl.Metoprololi 0,1

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

............S. по 1 таблетке 2 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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Метопролол 0,1

№30, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

4

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 *4* *5* *4* *4* N *1* *2 5 1 7*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ №4 26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 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 \_\_\_\_Петрушин Григорий Артемович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_67 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_№27454\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_ Годунова Виктория Александровна

Руб. Коп. Rp:Tabl. Clozapini 0,025

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

................................S.. По 2 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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Клозапин 0,025

№50, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

5

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 *7* 8 2 6 N 6 9 0 7 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ №5 26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 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 \_\_\_\_Крякин Петр Николаевич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_57 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_№12564\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_ Годунова Виктория Александровна

Руб. Коп. Rp:Sol. Nandroloni 2,5%-1,0

................................D.t.d.№10 in amp...........................

................................S. По 1 ампуле в неделю.

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

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

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

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

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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Нандролон 2,5%-1мл

№10, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

6

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 8 6 9 9 N 9 9 4 5 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ №6 26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 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 \_\_\_\_Муров Сергей Артемович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_57 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_№77481\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_ Годунова Виктория Александровна

Руб. Коп. Rp:Tabl. Diazepami 10mg

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

................................S. По 1 таблетке 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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Диазепам 10мг

№30, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

*Отпуск иммунобиологических препаратов*

Отпуск при розничной реализации осуществляется в специальном термоконтейнере, термосе и прочих устройствах с соблюдением «Холодовой цепи». Фармацевт, который отпускает данный препарат проводит инструктаж покупателя о необходимости соблюдения «Холодовой цепи» при транспортировки (не более 48 часов), о чем делается отметка (на упаковке ЛП, рецепте, другом документе), которая заверяется подписями покупателя и фармацевта, затем проставляется время и дата отпуска ЛП.

На корешке рецепта указывается точное время в часах и минутах о отпуске ЛП.

Каждая реализуемая доза ЛП населению сопровождается инструкцией по применению препарата на русском языке, в которой указаны условия хранения и транспортировки.

*Отпуск наркотических и психотропных ЛП:*

Проверяется на:

* Соответствие бланка;
* Наличие обязательных и дополнительных реквизитов;
* Правомочность лица, правильность заполнения прописи и способа применения;
* ВРД и ВСД;
* Нормы отпуска ЛС.

Если находятся ошибки из вышеперечисленного, то связываются с врачом. В случае, невозможности связаться с медицинским работником, рецепт гасится штампом «Рецепт недействителен» и заносится в журнал неправильно выписанных рецептов.

* Срок действия рецепта

Далее заполняется корешок и отдается посетителю вместе с ЛП и информированием о способе применения, режиме, дозировке, способе хранения ЛП.

Если это рецепт длительного срока, то на оборотной стороне ставится «ЛП отпущен», его количество, кто отпустил, дата отпуска и возвращается посетителю с отпускаемым препаратом.

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 │8 8│1│9│ N │3│3 6│1│7 0│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_Герасимова Алина Петровна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_48\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_*0*4146557\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_337564748\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) *\_\_*Годунова Виктория Александровна *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: ..Sol. Buprenorphini 0,03%-1ml..............................

......D.t.d №10 in amp..........................................

C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNG S.Вводить по 1 мл подкожно при болях

Подпись и личная печать врача

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

М.П.

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

Горбатенко Виктор Павлович М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Бупренорфин 0,03%-1мл

№10, 1 упаковка

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

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)

"*\_*26\_" \_*\_*июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента Саманаева Яна Шишковна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_30.01.1995 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Логвиненко Яна Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

............D.t.d.№2 in flac....................

............S. по cхеме.........................

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



C:\Users\polin\OneDrive\Рабочий стол\Снимок.PNGПодпись 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 Губернские аптеки

Отметка о наличии лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Аптека №10

Иммуноглобулин 16%

№200, 2 флакона

Отпустил: Годунова В.А.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | C:\Users\User\Desktop\дистанционка\оэф\Без названия (1).pngОтпустил |
|  |  |  |

Порядок информирования фармацевтическим работником посетителя аптеки приобретающего ЛП:

* Определение необходимости особых условий отпуска ЛП ( если это рецептурный препарат, то отпускается только по определенному бланку заполненного в соответствии с правилами);
* Определение проблемы посетителя (уточняющие вопросы):

-каковы симптомы?

-как долго продолжается недомогание?

-какие меры уже приняты?

-какие ЛП принимали ранее?

* Следует обратить внимание на принадлежность пациента к группам с повышенным риском применения ЛП (беременные, период лактации, дети, пожилые, пациенты с гипофункцией печени и почек, лекарственная аллергия, принимающие другие ЛП);
* Обсуждение с посетителем возможные пути решения;
* Консультация по применению ЛП:
* Указание правил применения (доза, кратность, курс терапии);
* Указание рекомендаций по применению (Например, «Сделать несколько глотков воды»);
* Информировать о взаимодействии с пищей, алкоголем, никотином;
* Указание правил хранения ЛП в домашних условиях;
* Указание о возможных побочных эффектах ЛП;
* Указание о необходимости использовать ЛП в пределах сроков годности.
* Выяснить назначение одновременного применения других ЛП и информирует о взаимодействии с ними приобретаемого ЛП;
* Предложение ЛП в качестве аналога и объяснение данного выбора;
* Выбор наилучшего решения.
* Непосредственный отпуск ЛП или отказ от него.
* Возможность посоветовать сопутствующие товары для лечения.

1. Анальгин

Безрецептурный препарат.

Молодой человек жалуется на не проходящую головную боль, которая началась 2-3 часа назад, никаких мер и ЛП ранее не принимал. Предложить ЛП Анальгин. Принимать внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в день после еды до прохождения приступа не более 7 дней курс. Препарат усиливает эффекты алкогольных напитков, поэтому не стоит принимать Анальгин с ними. Возможны побочные эффекты- снижение АД, провоцирование приступа бронхоспазмы, сыть и отеки. Хранить в защищенном от света и недоступном для детей месте при комнатной температуре. Следует использовать препарат в пределах установленных сроков годности. Дополнительно можно предложить минеральные воды (для запития таблетки препарата).

1. Ацетилсалициловая кислота

Безрецептурный препарат. В аптеку пришла посетительница, жалуется на температуру у ее ребенка 12 лет, желает купить Аспирин.

Аспирин противопоказан для детей до 15 лет, так как есть риск развития болезни синдрома Рейе. Порекомендовать препарат- суспензия Нурофен детский. Доза по 10 мл до 3 раз в сутки, курсом не более 7 дней, не следует сочетать с другими препаратами. Особых побочных эффектов не выделяется, хранить при комнатной температуре в защищенном от детей и света месте. Использовать ЛП в пределах установленных сроков годности. Порекомендовать- минеральные воды, морс, травяные сборы.

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

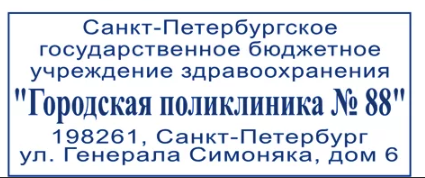
Для получения товара ЛПУ оформляет требование-накладную в 3 экземплярах (1-в бухгалтерию, 2- остается в аптеке, 3- отпускается с ЛП). На ЛС,стоящие, на ПКУ, оформляется еще один бланк, который остается в аптеке на ПКУ.

В аптеке полученные требования- накладные проверяются на правильность оформления, корректируются, таксируются. Оптовые покупатели аптеки оплачивают также расходные материалы. Все протаксированные требования оформляются в книге учета протаксированных требований, каждое должно быть пронумеровано, прошнуровано, печать ЛПУ, подпись.

ЛП из аптеки для ЛПУ отпускаются только материально ответственному лицу, предъявляющим доверенность( разовая- срок действия 15 дней, изымается и остается в аптеке; постоянная- срок действия - квартал).

На отпущенные ЛС для оплаты, в зависимости принятой периодичности

оплаты, аптека оформляет ЛПУ счет на оплату.

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 | | Учет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №10

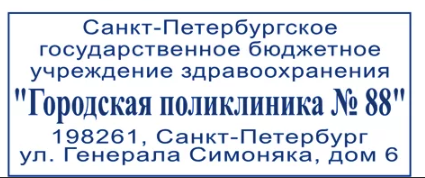


|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Ликова С.А. | Разрешил | Главный врач ( ) Песков Г.А. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| Sol. Midazolami 0,005 – 1ml №5 |  |  | фл | 10 | 10 | 135,00 | 1350,00 |  |
| Tabl. Zolpidemi 0,01 №15 D.S внутрь |  |  | уп | 10 | 10 | 166,00 | 1660,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 3010,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Снимок Три тысячи десять рублей

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав. Аптекой |  |  |  | Сомова С.М. | Получил | Медсестра |  |  |  | Логвиненко Л.Е. |
|  | (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 | | Учет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека №10

СнимокСнимок

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сегунова Г.Е.. | Разрешил | Главный врач ( ) Бартов Г.Е |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| Sol. Clonidini 0,01% - 1,0 №10 |  |  | фл | 3 | 3 | 86,00 | 258,00 |  |
| Spiritus aethylici 70% 100ml |  |  | фл | 10 | 10 | 345,00 | 3450,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 3708,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Три тысячи семьсот восемь рублей

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отпустил | Зав. Аптекой |  |  |  | Крикунова А.С. | Получил | Медсестра |  | Снимок |  | Кулагина А.С. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

*Дайте ответы на ситуационные задачи с обоснованиями:*

Больному выписан бисептол-120, а в аптеке бисептол-480. Провизор дала ему бисептол-480 и объяснила, что надо принимать его по 1/4 таблетки на прием. Больной написал жалобу, что в аптеке ему превысили дозу в 4 раза. В чем виновен провизор?

**Ответ**

Вины провизора нет, так как она объяснила схему приема препарата.

Двое в очереди в аптеке поговорили о депрессине - препарате, который хорошо понижает давление крови у одного из них. Второй тут же обращается к фармацевту: «Дайте и мне флакон депрессина». Фармацевт объясняет, что для этого нужен рецепт врача. Больной возмущается: «К чему такие формальности?». Что следует в этой ситуации делать фармацевту?

**Ответ**

Депрессин относится к группе антидепрессантов и при приеме данного ЛП без присмотра врача может привести к серьезным последствиям. Например, судороги, остановка дыхания, повышенный уровень глюкозы в крови, ухудшение работы пищеварительной системы. Также при приеме Депрессина нельзя употреблять отдельные продукты, поэтому сперва обратитесь к лечащему врачу.

# 6.ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Ф.И.О. обучающегося \_Годунова Виктория Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_\_201\_\_\_\_\_\_\_ Специальность\_\_\_\_Фармация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17 июня по 1 июля 2020 г

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

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

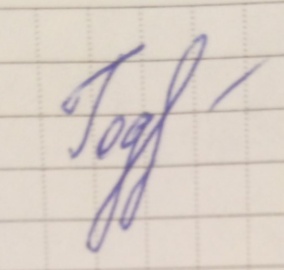
За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

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

Я, Годунова Виктория Александровна, программу производственной практики выполнила в полном объеме. За время прохождения практики закрепила знания: законодательных актов и других нормативных документов, регулирующих работу аптечных организаций; хранение, отпуск (реализация) лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента; порядок закупки и приема товаров от поставщика. Получила такие умения как : организовывать работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности; 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. Данную практику проходила дистанционно.



Студент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Годунова В.А.

(подпись) (ФИО)

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

(подпись) (ФИО)

«29» июня 20 20 г. м.п.