Заполните таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 |
|  | Lactulosae 500 ml  D.S. Внутрь по 30мл 2 раза в день |  |  |  | Инвалид II группы |  |  |  |
|  | Enalaprili 0,01  Indapamidi 0,0025  D.t.d. N.90 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке утром |  |  |  | Инвалид войны |  |  |  |
|  | Metformini 0,85  D.t.d. N.60 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | Больной сахарным диабетом |  |  |  |
|  | Tabl. Dipyridamoli 0,075 N.30  D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день доеды |  |  |  | 7 нозологий |  |  |  |
|  | Aerosoli Formoteroli 0,000012 D.S. По 1 вдоху 2 раза в сутки ингаляционно с помощью турбоингалятора |  |  |  | Больной бронхиальной астмой |  |  |  |
|  | Sol.Morphini 1% - 1ml  D.t.d. N.60 in amp.  S. Вводить под кожу по 1 мл при болях |  |  |  | Больной онкологическим заболеванием |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50% краевой |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50% краевой |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |