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 Болгаровой Екатерины Александровны

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «30» июня 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. 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 |
| *Например*  Хх.хх.хх | 9.00 | 14.00 | *Виды работ должны соответствовать тематическому плану практики.*  Прохождение инструктажа. Изучение рабочего места фармацевта по приему рецептов и требований. | *Заполняется непосредственным или общим руководителем* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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 утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных 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 лицензию на 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».

**Задания:**

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

# 1.1 Составить проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

# 1.2 Составить проект рабочего места фармацевта производственной аптеки по приему требований-накладных от медицинской организации.

Привести описание следующего оснащения:

* мебель;
* оборудование;
* нормативные документы, справочники и другое;
* компьютерное программное обеспечение;
* штампы, печати;
* первичные учетные формы (журналы).

Проекты представить в виде таблиц:

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Секционный стол, шкафы для хранения лекарственных препаратов, шкафы для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, |
| Оборудование | Вертушки для хранения изготовленных лекарственных форм, оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов и компьютеры |
| Нормативные документы, справочники и другое | Последним изданием Государственной Фармакопеи, таблицами высших разовых и суточных доз, литературой по совместимости и взаимодействию лекарственных средств, приказами Министерства здравоохранения, регламентирующими прием и отпуск рецептов и лекарств по ним. также здесь и справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, Государственный реестр ЛС, таблицы цен, тарифы на изготовление лекарств, учетные документы, помимо этого сигнатуры и этикетки, список фамилий врачей с указанием их телефонов и адресами ЛПУ. |
| компьютерное программное обеспечение | Компьютер для поиска необходимой информации |
| штампы, печати | Печать АО об отпуске, сигнатура, эмблемы, этикетки, печать «Рецепт не действителен». |
| первичные учетные формы (журналы) | Рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Секционный стол, шкафы для хранения лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером. |
| Оборудование | Вертушки для хранения изготовленных лекарственных форм, оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов и компьютеры |
| Нормативные документы, справочники и другое | Последним изданием Государственной Фармакопеи, таблицами высших разовых и суточных доз, литературой по совместимости и взаимодействию лекарственных средств, приказами Министерства здравоохранения, регламентирующими прием и отпуск рецептов и лекарств по ним. также здесь и справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, Государственный реестр ЛС, таблицы цен, тарифы на изготовление лекарств, учетные документы, , помимо этого сигнатуры и этикетки, список фамилий врачей с указанием их телефонов и адресами ЛПУ. |
| Компьютерное программное обеспечение | Компьютер для поиска необходимой информации |
| Штампы, печати | Печать АО об отпуске, эмблемы, этикетки |
| Первичные учетные формы (журналы) | Квитанционный журнал для регистрации требований-накладных и журнал учета неправильно выписанных требований-накладных. |

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

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

-Согласно приказу Минздрава России от 14.01.2019 N 4н (ред. от 11.12.2019) "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" правом назначать ЛП обладают: лечащий врач, а также фельдшер и акушерка, которые вправе назначать медицинские препараты только в случае возложения на них полномочий лечащего врача в соответствии с Порядком, установленным Приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н.

- Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения лекарственного препарата) указываются в медицинской карте пациента.;

- При выписке пациента из медицинской организации, в которой ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, данному пациенту по решению руководителя медицинской организации назначаются с оформлением рецепта в форме электронного документа и (или) на бумажном носителе (за исключением оформления рецептов на лекарственные препараты, подлежащие отпуску бесплатно или со скидкой), либо выдаются одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты, внесенные в [списки II](https://base.garant.ru/12112176/b74bde3689a4e1e06d7f9b66b4229274/#block_222) и [III](https://base.garant.ru/12112176/b74bde3689a4e1e06d7f9b66b4229274/#block_333) перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного [постановлением](https://base.garant.ru/12112176/) Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681, сильнодействующие лекарственные препараты, на срок приема пациентом до 5 дней.

- 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. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинской документации пациента и журнале врачебной комиссии.

-Индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, на лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня.

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

Частная аптека «Я+аптека», имеет отдел: торговый зал; отдел готовых лекарственных форм; отдел парафармацевтической продукции; комната отдыха персонала; материальные комнаты для хранения лс; кабинет заведующего аптекой; помещение для хранения дезинфицирующих средств и уборочного инвентаря; туалетная комната. Ассортимент аптеки небольшой, но имеет все необходимое: лекарственные средства (НПВС, адсорбирующие средства, противокашлевые препараты и т.д.), БАДы («Сонник», «Омега-3» и т.д.) и разнообразную фитопродукцию. Режим работы аптеки с 8:00 до 21:00 в будние дни и с 9:00 до 21:00 в выходные дни. Без перерывов и выходных.



Данная аптека удачно расположена, поскольку рядом имеется поликлиника№2, которая является источником потенциальных потребителей рецептурных ЛП.

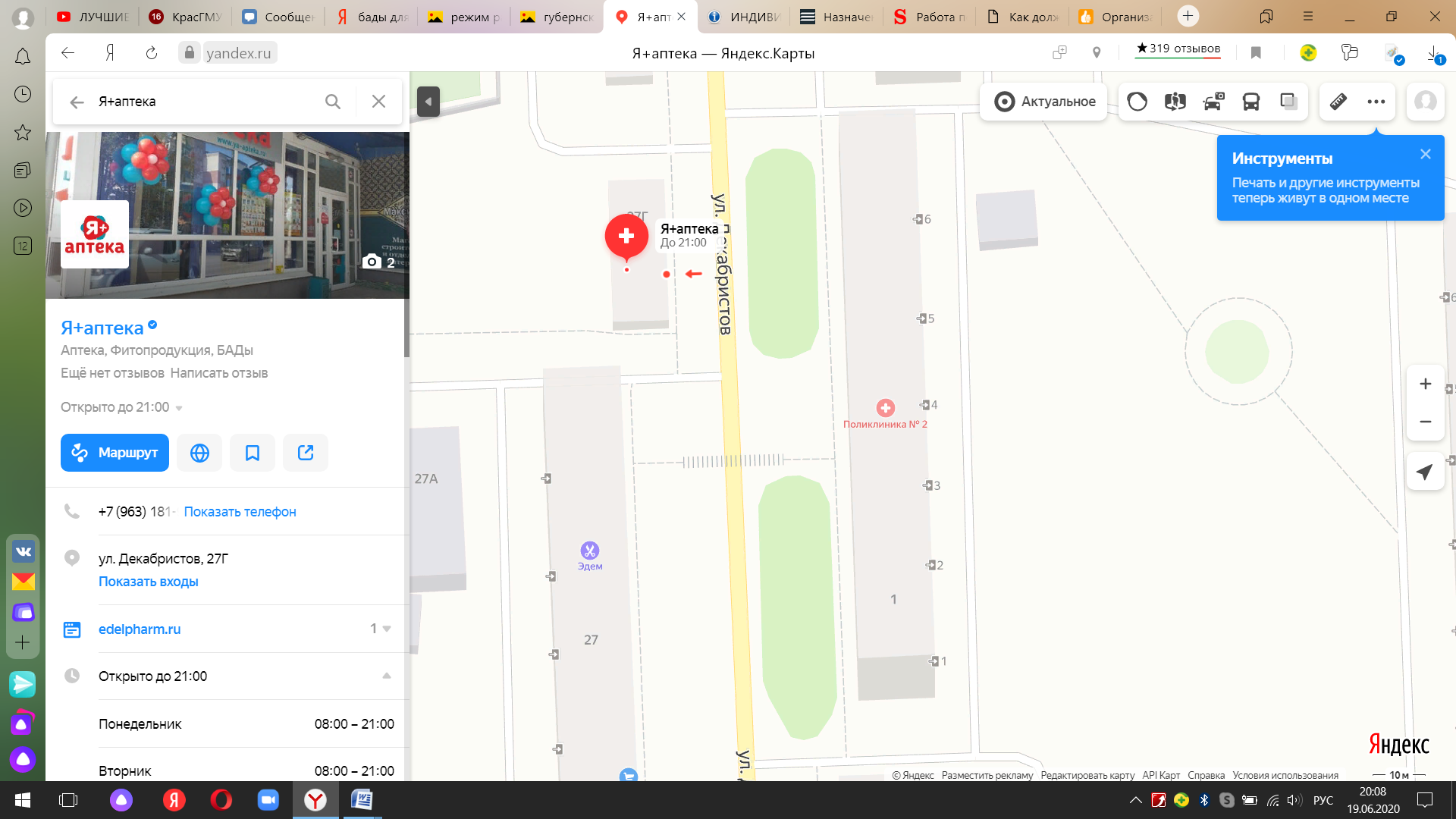


Рис. 1 Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой «Я+аптека»

Красный флажок обозначает представленную аптеку «Я+аптека», желтым–показана поликлиника №2. По данной схеме можно увидеть, что две этих организации расположены рядом друг с другом, а значит здесь большая вероятность сотрудничества.

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

3.1 Используя нормативные документы, вспомните реквизиты рецептурных бланков и заполните Таблицу 3.

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. | + | + | + | + |
| Фамилия, имя, отчество больного | + | + | +  (полностью) | + |
| ФИО врача | + | + | +  (полностью) | + |
| Дата рождения | +  (количество полный месяцев) | +  (количество полный месяцев) | +  (количество полных лет) | + |
| Дата выписки рецепта | + | + | + | + |
| № мед карты | - | + | + | + |
| Наименование ингредиентов и их количество (пропись указывается на латинском языке международное непатентованное наименование, торговое или иное название лекарственного средства, зарегистрированного в Российской Федерации, его дозировка) | + | + | +  (количество прописью) | + |
| Способ применения лекарства (указывается способ применения на русском или русском и национальном языках, обозначается с указанием дозы, частоты, времени приема и его длительности, а для лекарственных средств, взаимодействующих с пищей, времени их употребления относительно приема пищи (до еды, во время еды, после еды) | + | + | + | + |
| Подпись и личная печать врача | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Номер и серия | - | + | + | + |
| Адрес места жительства | - | + | - | - |
| Серия рецептурного бланка | - | - | - | + |
| Отметка об источнике финансирования | - | - | - | + |
| Штрих код | - | - | - | + |
| Код граждан, имеющих право на получение ЛП | - | - | - | + |
| Номер истории болезни (медицинской карты) | - | + | + | + |
| Отметка по специальному назначению | +  (на оборотной стороне бланка) | +  (на оборотной стороне бланка) | +  (с указанием наименования количества отпущенного препарата, дата отпуска заверяется подписью работника АО, отпустившего ЛП с указанием ФИО и круглой печатью АО) | +  (на оборотной стороне бланка) |
| Решение врачебной комиссии | + | + | - | + |
| № СНИЛС | - | - | + | + |
| Печать ЛПУ «Для рецептов» | +  При специальном назначении | + | + | + |

3.2 Анализ ЛП, отпускаемых по рецепту (см. Индивидуальные задания).

Провести анализ, заполнить таблицу 4.

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 |
|  | Промедол, табл. | Тримеперидин | [N01AH Опиоидные анальгетики](https://www.rlsnet.ru/atc_index_id_1114.htm) | Список II Пп №681 | 107-1/у-НП | 5 лет | 50 табл. |
|  | Дюрогезик Матрикс, ТТС | Фентанил | Опиоидный наркотический анальгетик  N02AB03 | Список II Пп №681 ТДС | 148-1/У-88 | 5 года | 32 пластыря |
|  | Сомнол, табл. | Зопиклон | Снотворное средство N05CF01 | Список III Пп №681 | 148-1/у-88 | 5 года |  |
|  | Клофелин, р-р д/вв | Клонидин | Альфа-адреномиметик C02AC01 |  | 107-1/у | Нет |  |
|  | Фенибут, табл. | Аминофенилмасляная кислота | Ноотропное средство N06BX22 |  | 107-1/у | Нет |  |
|  | Тропикамид, глаз.капли | Тропикамид | М-холинолитик S01FA06 |  | 107-1/у | Нет |  |
|  | Амитриптилин, табл. | Амитриптилин | Антидепрессант N06AA09 |  | 107-1/у | Нет |  |
|  | Терпинкод табл | Кодеин+натрия гидрокарбонат+терпингидрат | Противокашлевый препарат в комбинации R05FA02 | П.5 №562 | 148-1/у-88 | 3 года |  |
|  | Тетралгин табл**.** | Кодеин+кофеин+метамизол натрия+фенобарбитал | НПВС N02BB72 | П.5 №562 | 148-1/у-88 | 3 года |  |
|  | Ларигама, табл. | [Пиридоксин + Тиамин + Цианокобаламин + Лидокаин](https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_5468.htm) | Витамины в комбинации N07XX |  | 107-1/у | нет |  |

АТХ\* - Анатомо-терапевтическая химическая классификация, код АТХ определяется по Государственному реестру ЛС (Режим доступа: http://www.grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx)

**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

4.1 Самостоятельно выписать рецепты на ЛП (5 рецептов), в том числе на:

* комбинированные препараты, содержащие малые количества наркотических и психотропных лекарственных средств,
* ЛП, не стоящие на предметно-количественном учете,
* наркотические лекарственные средства, стоящие на предметно-количественном учете.

4.2 Памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков.

1. Проверка соответствия формы рецептурного бланка лекарственной прописи.

Рецепт должен содержать следующие обязательные и дополнительные реквизиты, в зависимости от  состава лекарственного средства,  формы рецептурного бланка.

1. Проверка правомочия лица, выписавшего рецепт.

Лекарство должно быть назначено специалистом, который непосредственно ведет пациента. В случае оказания  скорой и неотложной медицинской помощи лекарственные средства назначаются врачом выездной бригады скорой медицинской помощи или врачом отделения неотложной помощи амбулаторно-поликлинического учреждения. В ряде случаев, как уже упоминалось выше, препараты могут быть назначены фельдшером, акушеркой, зубным врачом.

1. Проверка правильности оформления прописи и способа применения ЛС.

* состав лекарственного средства, обозначение лекарственной формы и обращение врача к аптечному работнику об изготовлении и выдаче лекарственного препарата выписываются на латинском языке;
* названия наркотических лекарственных средств, психотропных и ядовитых веществ, а также лекарственных средств списка А пишутся в начале рецепта;
* способ применения лекарственного средства пишется на русском языке с указанием дозы, частоты, времени их употребления относительно приема пищи.
* при необходимости экстренного отпуска лекарственного средства в верхней части рецептурного бланка проставляются обозначения cito или statum;
* разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений.

1. Проверка совместимости ингредиентов в рецепте.

В рецепте, требующем индивидуального изготовления, проверяется совместимость ингредиентов. Вопрос изменения состава, количества действующих веществ или замены одной лекарственной формы на другую решается по согласованию с  врачом, выписавшим рецепт.

1. Проверка высших разовых и суточных доз с учетом возраста больного.

Работник аптеки должен проверить высшие разовые (ВРД) и высшие суточные дозы (ВСД), основываясь на возрасте пациента.

1. Проверка соответствия количества выписанного лекарственного средства.

При поступлении экстемпорального рецепта в аптеку фармацевтический работник обязан отпустить лекарственное средство, находящееся на ПКУ, в половине высшей разовой, в том случае, если врач не соблюдал установленных правил оформления рецепта или превысил высшую однократную дозу. В некоторых случаях предусмотрено превышение установленных норм, что возможно при наличии указания врача на рецепте «По специальному назначению», заверенного подписью и печатью врача, а также печатью «Для рецептов».

1. Проверка срока действия рецепта.

4.2 Неправильно выписанные рецепты погашаются штампом "Рецепт недействителен" и регистрируются в журнале "Журнале регистрации неправильно выписанных рецептов" и возвращаются больному на руки. Информация обо всех неправильно выписанных рецептах доводится до сведения руководителя соответствующей медицинской организации. При этом в Примечании к форме журнала уточнено, что информация о нарушениях в выписке рецептов доводится до сведения руководителя медицинской организации учреждения не реже, чем 1 раз в месяц.

4.3

**Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | № п/п | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры | ФИО специалиста аптечной организации |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | 1 | 20.06.2020 | Городская клиническая больница №00 | Иванов П.С. | Кодеина фосфата 0,008  Парацетамола 0,5 | Отсутствует дата выписки рецепта  Отсутствует штамп МО | На оборотной стороне рецепта поставить отметку “Рецепт недействителен” | Казакова Елена Николаевна |

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)

"\_20\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Ergotamini 0.0003

Phenobarbitali 0.02

Belladonae quantum alkaloids 0.0001

D.t.d. N30

S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись   М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

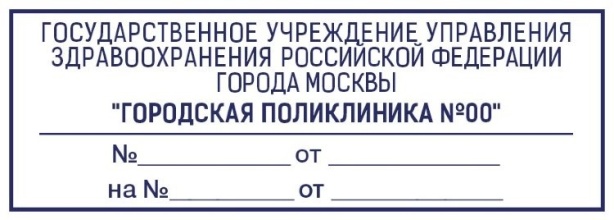
Министерство здравоохранения

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)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия N 1 2 3 4 5 6 7 8 9

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ №2 "20" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Аникина Ирина Петровна

Дата рождения 23.09.1986

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 325410

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петрова Нина Алексеевна

Руб. Коп. Rp: TTS  Fentanyli 50 mkg/h  
 D.t.d: №5    
 S: Для аппликации по 1 ТТС в сутки.

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

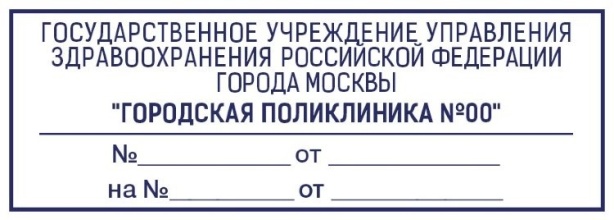
Министерство здравоохранения

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)

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия N 1 2 3 4 5 6 7 8 9

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ №3 "20" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Аникина Ирина Петровна

Дата рождения 23.09.1986

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 325410

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петрова Нина Алексеевна

Руб. Коп. Rp: Codeini 8 mg

Coffeini 50 mg

Methamezoli natrii 300 mg

Phenobarbitali 10 mg  
 D.t.d: №2    
 S: Для снятия болевого синдрома

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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 №4

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_20\_" \_июня\_\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Buspironi 0.01

D.t.d. N10

S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись   М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

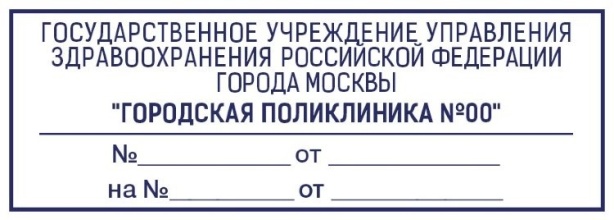
месяцев)

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК**

**НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

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

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,  утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

штамп медицинской организации Российской Федерации

от 01.08.12 N

РЕЦЕПТ №5

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"20" июня 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Аникина Ирина Петровна

Возраст 35 лет

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 565214021548

Номер медицинской карты 32541

Ф.И.О. врача Петрова Нина Алексеевна

(фельдшера, акушерки)

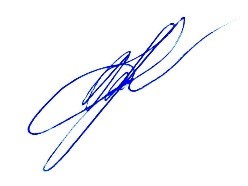
Rp: Morphini 0,06 mg   
D.t.d: № 20 in tabl.   
S: Внутрь по 1 таблетке при болях

Подпись и личная печать врача



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

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации Синикина. И.О  

Отметка аптечной организации об отпуске Morphini 0,06 mg № 20 in tabl 25.03.20

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации Романова М .И

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

**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 утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Отчет о выполненной работе:

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

Составить лист алгоритма для проведения фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов:

1. В первую очередь проверяется правильность выбранной формы рецептурного бланка.
2. В случае, если форма бланка представлена верно, провизор должен проверить присутствие всех реквизитов, которые относятся к основным: штамп ЛПУ, дата выписки рецепта, ФИО больного, дата рождения больного, ФИО мед. Работника, наименование ингридиентов, МНН, количество, способ применения, подпись и личная печать врача.
3. Тот, кто проводит фармацевтическую экспертизу рецепта, должен проверить графу Rp. В данной графе на латыни должны быть указаны названия лекарственных средств, причем обязательно соблюдение определенных правил:

* Название лекарственных препаратов, которые подлежат в аптечной организации учету, должны быть написаны первыми.
* Количество жидких субстанций должно быть указано в мл, каплях или граммах.
* Бывает так, что в списке значится вещество, подлежащее учету, и его указанная доза превышает одноразовый прием. В таких случаях врач обязан указать требуемую дозировку прописью и поставить восклицательный знак рядом с указанным количеством. Если этого не сделано, провизор (фармацевт) обязан связаться с врачом для уточнения дозы. В случае если это сделать невозможно, необходимо выдать пациенту такое количество лекарства, которое будет равно половине высшей разовой дозы.
* Фармацевтическая экспертиза рецепта при отпуске лекарственных средств включает в себя проверку фармакологической совместимости ингредиентов.
* В случае если один из прописанных компонентов относится к ядовитым или сильнодействующим, фармацевтический работник должен проверить, не превышены ли высшая суточная и разовая дозы.
* Также необходимо убедиться, что не превышено количество лекарственных веществ для единовременного отпуска.

1. Проведение фармацевтической экспертизы рецепта также включает в себя проверку правильности оформления сигнатуры, которая должна быть написана на русском языке. Если это специальный бланк, она должна быть выписана и на русском, и на языке республики. Способ применения препарата должен быть подробно расписан с указанием времени приема, необходимой дозировки, а также частоты, с которой необходимо употреблять лекарство, и продолжительности лечебного курса. Запрещено писать кратко – "Внутрь", "По схеме" и т. п.
2. У любого рецепта имеется свой срок, когда он является действительным. Поэтому фармацевтическая экспертиза рецепта заключается еще и в проверке того, чтобы у рецепта не вышел срок действия.
3. В случае, когда препарат требуется незамедлительно, в верхней части рецепта пишут cito (в течение двух рабочих дней) или statim (в течение одного рабочего дня). В эти сроки аптечная организация обязана предоставить пациенту необходимое лекарство. На это тоже следует обратить внимание. При проведении фармацевтической экспертизы рецепта провизор (или фармацевт) также должен помнить, что в рецепте допустимы сокращения, предусмотренные приложением к приказу 1175н.
4. Если все основные реквизиты присутствуют и оформлены должным образом, необходимо проверить правильность оформления дополнительных: печать «Для рецептов», печать ЛПУ, номер и серия рецепта, номер амбулаторной карты больного, подпись уполномоченного лица или главного врача, код категории людей, имеющих право на получение бесплатного ЛС, отметка об источнике финансирования, указания условий приобретения ЛС.
5. Также следует проверить правомочность лица, который выписал рецепт.
6. Если ЛП льготного отпуска, то добавляется льготный бланк в 2 экземплярах, один остаётся в аптеке. Срок хранения рецепта в аптеке **5 лет согласно** Приказу № 785 от 14.12.2005 с изменениями и дополнениями.

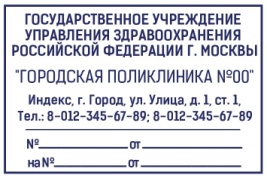
**2. Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска.**

*Провести анализ ЛП, для бесплатного и льготного отпуска, заполнить таблицу (индивидуальные задания). Выписать рецепты на льготный отпуск из Таблицы (5 рецептов).*

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 | Порталак | [A06AD11](https://www.rlsnet.ru/atc_index_id_140.htm) | 107-1/у | Инвалид II группы | Федеральный, 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Enalaprili 0,01  Indapamidi 0,0025  D.t.d. N.90 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке утром | Энзикс | C09BA02 | 107-1/у | Инвалид войны | Федеральный 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Metformini 0,85  D.t.d. N.60 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Глюкофаж | A10BA02 | 107-1/у | Больной сахарным диабетом | Краевой  100% | 30 дней | 3 года |
|  | Tabl. Dipyridamoli 0,075 N.30  D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день до еды | Курантил | B01AC07 | 107-1/у | 7 нозологий |  | 30 дней | 3 года |
|  | Aerosoli Formoteroli 0,000012 D.S. По 1 вдоху 2 раза в сутки ингаляционно с помощью турбоингалятора | Формотерол | R03AC13 | 107-1/у | Больной бронхиальной астмой | Краевой  100% | 30 дней | 3 года |
|  | Sol.Morphini 1% - 1ml  D.t.d. N.60 in amp.  S. Вводить под кожу по 1 мл при болях | Морфин | N02AA01 | 107-1/у-НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой  100% | 15 дней | 3 года |
|  | Rp: Clonidini 0,075  D.t.d. № 50 in tab  S.По 1 таб. 2 раза в день | Клонидин | C02AC01 | 148-1/у-88 | Ветеран труда (пенсионер) | 50% краевой | 15 дней | 3 года |
|  | Lisinoprili 0,01  D.t.d. N 28 in tab  S.: no 1 таблетке 1 раз в день. | Лизиноприл | C09AA03 | 148-1/у-88 | Пенсионер с минимальной пенсией | 50% краевой | 15 дней | 3 года |
|  | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. № 50 in tab  S. По 1 таб. на ночь | Фенофарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой  100% | 15 дней | 3 года |
|  | Dr. Nitrazepami 0,005 D.t.d. N 20  S.: 1 драже за 20 минут до сна. | Нитразепам | N05CD02 | 148-1/у-88 | Житель сельской местности района Крайнего Севера | Краевой  100% | 15 дней | 3 года |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Ким Анна Петровна

Руб. Коп. Rp: Lactulosae 500 ml

D.S. Внутрь по 30мл 2 раза в день

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) ---------

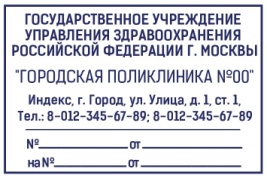
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Enalaprili 0,01

Indapamidi 0,0025

D.t.d. N.90 in tab.

S. Внутрь по 1 таблетке утром

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) ---------

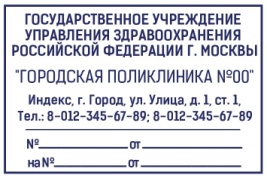
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Metformini 0,85

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

S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

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) ---------

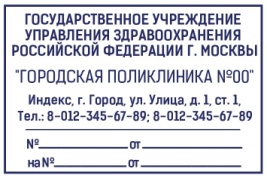
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tabl. Dipyridamoli 0,075 N.30

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день доеды

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) ---------

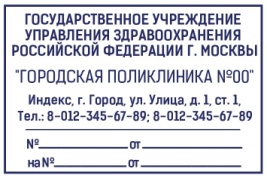
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Aerosoli Formoteroli 0,000012

D.S. По 1 вдоху 2 раза в сутки ингаляционно с помощью турбоингалятора

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:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

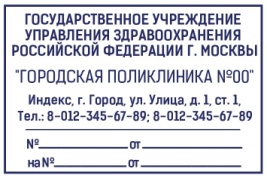
**3. Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов.**

*Описать действия фармацевта при отпуске ЛП по льготным рецептам.*

1. При отпуске ЛС по льготному рецептурному бланку работник аптеки заполняет корешок рецепта, который отдается больному, а другая часть остается в аптеке. На кореше рецептурного бланка указывается: дата отпуска рецепта, торговое наименование ЛП, дозировка, способ применения, продолжительность, количество приемов в день, количество на 1 прием. На оборотной стороне рецепта ставится штамп «Лекарственный препарат отпущен»

*Оформить к отпуску оформленные рецепты по заданию 2. (5 рецептов).*

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Lactulosae 500 ml

D.S. Внутрь по 30мл 2 раза в день

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: 43-02 N 25458  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Порталак 500 мл | |
| Дата отпуска: "\_22\_"июня 2020 г. | Количество: 1 флакон | |
| Приготовил: s1200.png22.06.2020 | Проверил: s1200.png22.06.2020 | Отпустил: s1200.png22.06.2020 |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь по 30мл  Продолжительность \_\_\_9\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: Порталак |  | |
| Дозировка: 500 мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день:2\_ раза | |
|  | На 1 прием: во время еды. | |

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Аптека №1

Порталак 500 мл

1 флакон

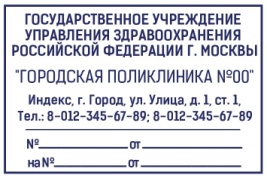
Иванова И.И.

22.06.20

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Enalaprili 0,01

Indapamidi 0,0025

D.t.d. N.90 in tab.

S. Внутрь по 1 таблетке утром

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: 43-02 N 25458  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Энзикс N 90 | |
| Дата отпуска: "\_22\_"июня 2020 г. | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: s1200.png22.06.2020 | Проверил: s1200.png22.06.2020 | Отпустил: s1200.png22.06.2020 |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь по 1 табл  Продолжительность \_\_\_90\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: Энзикс |  | |
| Дозировка: 90 табл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день:1\_ раз | |
|  | На 1 прием: вне зависимости от еды. | |

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Аптека №1

Энзикс

№90 1 упаковка

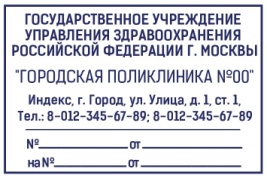
Иванова И.И.

22.06.20

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Metformini 0,85

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

S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

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: 43-02 N 25458  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Глюкофаж N 60 | |
| Дата отпуска: "\_22\_"июня 2020 г. | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: s1200.png22.06.2020 | Проверил: s1200.png22.06.2020 | Отпустил: s1200.png22.06.2020 |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь по 1 табл  Продолжительность \_\_\_30\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: Глюкофаж |  | |
| Дозировка: 60 табл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день:2\_ раз4 | |
|  | На 1 прием: вне зависимости от еды. | |

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Аптека №1

Глюкофаж

№60 1 уп

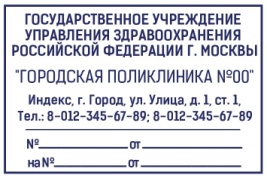
Иванова И.И.

22.06.20

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tabl. Dipyridamoli 0,075 N.30

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день доеды

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: 43-02 N 25458  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Курантил N 30 | |
| Дата отпуска: "\_22\_"июня 2020 г. | Количество: 1 уп | |
| Приготовил: s1200.png22.06.2020 | Проверил: s1200.png22.06.2020 | Отпустил: s1200.png22.06.2020 |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: Внутрь по 1 табл  Продолжительность \_\_\_15\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: Глюкофаж |  | |
| Дозировка: 30 табл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день:2\_ раза | |
|  | На 1 прием: до еды. | |

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Аптека №1

Курантил

№ 30 1 уп

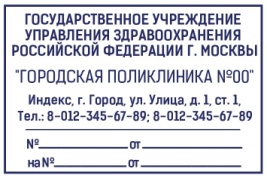
Иванова И.И.

22.06.20

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации 

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1│2 │3 │ 4│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│2 │3 5│ 6│8 4 │7 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп│ 1 │3 6│ 5 │ 1 │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 1│ 3│ 4│8 │7 │ 5│ 2│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |
| 55 | 00 | 4 | 5Н | 4 | 40 | .. | 11 |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия 43-02\_\_\_\_\_ N \_25458\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: │ 2│ 2│. │06 │ │ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

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

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента Сидорова А.Е.\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │ │ 1│7 04│1958 │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 01 | 45 | 13 | -- | 41 | 54 | 45 | 56 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 12 | 45 | 16 | 22 | 45 | 4 | 5 | 6 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 521\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Е.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Aerosoli Formoteroli 0,000012

D.S. По 1 вдоху 2 раза в сутки ингаляционно с помощью турбоингалятора

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: 43-02 N 25458  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Форматерол 0,000012 | |
| Дата отпуска: "\_22\_"июня 2020 г. | Количество: 1 фл | |
| Приготовил: s1200.png22.06.2020 | Проверил: s1200.png22.06.2020 | Отпустил: s1200.png22.06.2020 |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: По 1 вдоху 2 раза в сутки ингаляционно с помощью турбоингалятора  Продолжительность \_\_\_30\_\_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: Форматерол |  | |
| Дозировка: 0,000012\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день:2\_ раза | |
|  | На 1 прием: вне зависимости от еды. | |

Оборотная сторона

АО Губернские аптеки

Аптека №1

Форматерол 0,000012

1 флакон

Иванова И.И.

22.06.20

|  |  |
| --- | --- |
| Штамп-лекарственный-препарт-отпущен-аптека.png | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

**Приложить:**

1.Копии рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов, оформленных к отпуску в аптеке (5 рецепт).

**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 лицензию на фармацевтическую деятельность».

Отчет о выполненной работе:

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

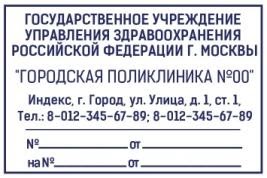
1.1 Составьте памятку о правилах оформления рецептурных бланков (107-1/у, 148-1/у-88) при отпуске готовых ЛП.

При отпуске готовых ЛП на рецептурном бланке (107-1/у, 148-1у-88) ставится штамп «Лекарственный препарат отпущен», отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии, № аптеки, название и дозировку препарата, количество упаковок, ФИО фармацевта, отпустившего ЛП, его подпись и дату отпуска.

Приложить копии рецептов с отметкой об отпуске (6 рецептов).

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)

                         "\_25\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Buspironi 0.01

                       D.t.d. N10

                       S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись                                                     М.П. 

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

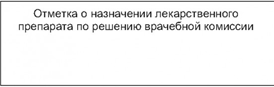
    Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека №4  

Спитомин 0,01

№ 10 1 упаковки

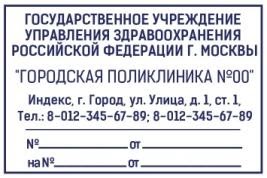
Сидирова И.П.

25.06.2020  



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)

                         "\_25\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Ergotamini 0.0003

                       Phenobarbitali 0.02

                       Belladonae quantum alkaloids 0.0001

                       D.t.d. N30

                       S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись                                                     М.П. 

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

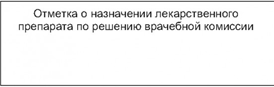
    Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4 

Беллатаминала

№ 30 1 упаковки

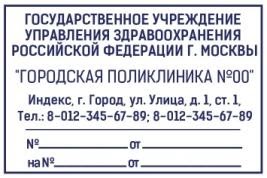
Сидирова И.П.

25.06.2020  



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)

                         "\_25\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp.  Indapamidi 0.05

                       D.t.d. N60

                       S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись                                                     М.П. 

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

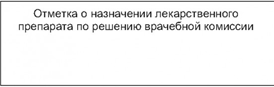
    Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4 

Индапамид 0,05

№ 10 6 упаковки

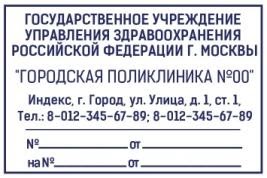
Сидирова И.П.

25.06.2020  



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)

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

                                             ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                               Серия      1     2     3     4  N  5    6     7     8    9

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ № 4                                  "25" \_июня\_\_\_\_ 2020\_ г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_Петрова Мария Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_02.11.1985\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №21254\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Екатерина Александровна\_\_\_\_\_

Руб.          Коп.           Rp: Zolpidemi 0.005

                                           D.t.d. N 10

                                           S. По 1 таблетке 2 раза в день

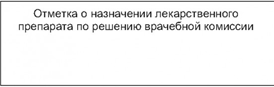
Подпись и печать лечащего врача         М.П.  

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4  

Санвала 0,01

№ 10 1 упаковка

Сидирова И.П.

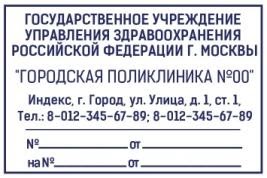
25.06.2020

 25.06.2020  



 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)

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

                                             ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                               Серия      1     2     3     4  N  5    6     7     8    9

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ № 4                                  "25" \_июня\_\_\_\_ 2020\_ г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_Петрова Мария Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_02.11.1985\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №21254\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Екатерина Александровна\_\_\_\_\_

Руб.          Коп.           Rp: Codeini 0.008

                                           Terpini hydratis 0.25

                                           Natrii hydrocarbonatis 0.25

                                           D.t.d. N 30

                                           S. По 1 таблетке 2 раза в день

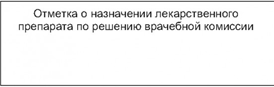
Подпись и печать лечащего врача         М.П.  

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4  

Терпинкод

№ 10 3 упаковка

Сидирова И.П.

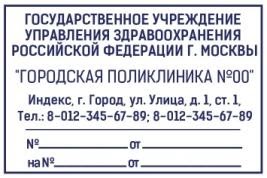
25.06.2020

 25.06.2020  



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)

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

                                             ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐   ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

                               Серия      1     2     3     4  N  5    6     7     8    9

                                             └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘   └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ № 4                                  "25" \_июня\_\_\_\_ 2020\_ г.

                                              (дата оформления рецепта)

                 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_Петрова Мария Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_02.11.1985\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес  места  жительства  или  N  медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №21254\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Болгарова Екатерина Александровна\_\_\_\_\_

Руб.          Коп.           Rp: Codeini  8 mg

                                       Coffeini 50 mg

                                    Methamezoli natrii 300 mg

                                     Phenobarbitali 10 mg

                                     D.t.d: №2

                                     S: Для снятия болевого синдрома

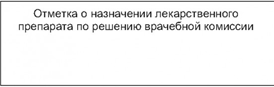
Подпись и печать лечащего врача         М.П.  

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4  

Тетралгин

№ 2 1 упаковка

Сидирова И.П.

25.06.2020

 25.06.2020  



1.2 Заполните таблицу.

Таблица 1 - Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям

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

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

Приведите описание особенностей отпуска иммунобиологических и наркотических/психотропных ЛП.

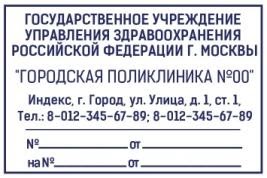
Приложите 2 рецепта с отметкой об отпуске на ЛП иммуноглобулина и бупренорфина.

При отпуске иммунобиологического лекарственного препарата на рецепте или корешке рецепта, который остается у лица, приобретающего (получающего) лекарственный препарат, указывается точное время (в часах и минутах) отпуска лекарственного препарата. Отпуск иммунобиологического лекарственного препарата осуществляется лицу, приобретающему (получающему) лекарственный препарат, при наличии у него специального термоконтейнера, в который помещается лекарственный препарат, с разъяснением необходимости доставки данного лекарственного препарата в медицинскую организацию при условии хранения в специальном термоконтейнере в срок, не превышающий 48 часов после его приобретения.

При отпуске наркотических и психотропных ЛП списка II и психотропных ЛП списка III выдается сигнатура. с желтой полосой в верхней части и надписью черным шрифтом «Сигнатура». отпуск НС и ПВ списка II осуществляется больным, прикрепленным к конкретному амбулаторно-поликлиническому учреждению, которое закреплено за аптечным учреждением (организацией)

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)

                         "\_25\_" \_июня\_\_\_\_ 20\_20 г.

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

пациента \_\_\_\_\_Петрова М.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_19.03.1962\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Болгарова Е.А.\_\_\_

руб.|коп.| Rp.  Immunoglobulini 0.01

                       D.t.d. N5 in amp.

                       S. П/к

Подпись                                                     М.П. 

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

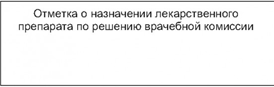
    Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                (нужное подчеркнуть)                  (указать количество

                                                             месяцев)

Оборотная сторона рецепта

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
| https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 | https://lh6.googleusercontent.com/d7oi-XTMxuYZygCMjspC49PMjYFxX-1CZquTy6qYw1dshYx_sLkiTENRojtFOjF6b9sVD00mx2MJR4_pudRgF7sJ3JsEBxPADlhv32TeNQXGQdr3WAlLjwNfYpxlSw25.06.20 |

Аптека № 4 

Иммуноглобулин 0,01

№ 5 1 упаковки

13:41

Сидирова И.П.

25.06.2020  



**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК**

**НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения               107-1/у-НП

Российской Федерации

                               РЕЦЕП № 6

                                        ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

                           Серия │1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

                                        └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

                                       "\_25\_" \_\_июня\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

                                           (дата выписки рецепта)

              (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_\_Петрова Мария Алексеевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_42 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_5114256\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_\_\_5412321654\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_Болгарова Екатерина Александровна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: Buprenorphini 0.03%-1 ml

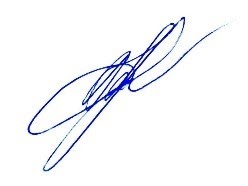
    D.t.d N 10

S. По 1 мл при болях

Подпись и личная печать врача

(подпись фельдшера, акушерки) https://www.gravirovshik.ru/u/image/faximile.gif

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации Иванов И.К



Отметка аптечной организации об отпуске Buprenorphini 0.03%-1 ml N 10 in amp.Три санти  на один мл номером  десять 25.06.20

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации Захаренко А.И.   



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

                                                                  М.П.

Срок действия рецепта  15 дней

Оборотная сторона рецепта

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

Аптека № 4

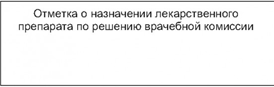
Бупранала 0,03%-1 мл

№ 5 2 упаковки

Сидирова И.П.

25.06.2020

https://lh5.googleusercontent.com/ET6V2JihirYIgw7Ws9NP5dW52aUTXnOajFuL76FLHwvGxITBpVNQ9W2X0EDt2IgvmG0O9hA7YqCPF2wvgtD6oWiL8C2wrIXWYTCWN0YCm203Zc8rGp1mZDWz2FKL7pZOu5x8pUDN



**1.4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

Приведите описание порядка информирования фармацевтическим работником посетителя аптеки приобретающего ЛП.

При обращении посетителя аптеки за лекарственным препаратом, отпускаемым по рецепту врача и без рецепта, фармацевтический работник выполняет следующие действия:

1.Определяет необходимость особых условий отпуска лекарственного препарата (если это рецептурный препарат, то отпуск лекарственного препарата пациенту, осуществляется только после предъявления работнику аптеки пациентом рецепта, выписанного на специальном бланке и оформленного

особым образом в соответствии с правилами, установленными законодательством РФ).

2.Определяет проблему посетителя, задает уточняющие вопросы:

3. Обращает внимание на принадлежность пациента к группам с повышенным риском применения ЛС, а именно:

- беременные и кормящие женщины;

- дети;

- пожилые люди;

- пациенты с недостаточной функцией печени и почек, а также имеющие другие хронические заболевания;

- пациенты с лекарственной аллергией; пациенты, уже принимающие другие ЛС (как рецептурные, так и безрецептурные).

4. Обсуждает с пациентом возможные пути устранения проблемы.

5. Проводит консультацию по применению лекарственного препарата:

6. Выясняет наличие одновременного назначения других лекарственных препаратов и информирует о взаимодействии с ними приобретаемого лекарственного препарата.

7.Предлагает препараты в качестве аналога и объясняет свои предложения.

8. Выбор наилучшего (с точки зрения фармацевта и пациента) решения.

9. Непосредственный отпуск ЛС (или отказ от него).

10. Так же фармацевтический работник может посоветовать пациенту сопутствующие способы лечения, например:

Предложить пациенту комплексное лечение грибка ногтей, т.е. при приобретении жидкой формы препарата (раствор, лак) для обработки ногтевой пластины, можно посоветовать приобрести мягкую лекарственную форму препарата для обработки кожи вокруг ногтя, либо посоветовать в форме таблеток.

Приведите описание на выбор для 2х лекарственных препаратов.

## Аспирин- действующее вещество: [ацетилсалициловая кислота](https://www.rlsnet.ru/atc_index_id_338.htm), относится к НПВС производные салициловой кислоты, в форме таблеток, показания препарата: болевой синдром различной локализации, лихорадочные состояния, противопоказан при состояниях, сопровождающиеся повышенной склонностью к кровотечению; отмеченная ранее повышенная чувствительность к салицилатам и другим НПВС. Аспирин 100 мг следует принимать только после консультации врача при следующих состояниях и заболеваниях: одновременная терапия антикоагулянтами (производные кумарина, гепарин); недостаточность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; бронхиальная астма; хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки; нарушение функции почек; подагра; сахарный диабет; беременность; лактация; детский возраст до 12 лет. Побочные действия: Аллергические реакции (бронхоспазм, кожная сыпь). Боли в желудке. Снижение числа тромбоцитов в крови. При частом и длительном применении в редких случаях возможно развитие желудочно-кишечного кровотечения, которое сопровождается упорными болями в животе, черным (дегтеобразным) стулом, общей слабостью, анемией. При появлении подобных симптомов рекомендуется прекратить прием препарата и немедленно обратиться к врачу. Способ применения

Взрослым разовая доза — 100 мг, рекомендуемая суточная доза — 300 мг (3 табл. в день). Аспирин 100 мг желательно принимать после еды, запивая достаточным количеством воды. Курс лечения не должен превышать 7–10 дней при отсутствии нежелательных побочных явлений. Более продолжительная терапия требует консультации лечащего врача. Отпускается без рецепта врача.

**Индапамид**- фармакологическая принадлежность препарата-диуретики, применяется при артериальной гипертензии, противопоказан при гиперчувствительности, остром нарушение мозгового кровообращения, анурии или тяжелой почечной недостаточности (снижаются диуретические эффекты, может усиливаться азотемия), тяжелой печеночной недостаточности (в т.ч. печеночная энцефалопатия), гипокалиемии, возраст до 18 лет (безопасность и эффективность применения не определены). К побочным эффектам относятся: головная боль, головокружение, слабость, повышенная утомляемость, летаргия, вялость, недомогание, вертиго, спазм мышц, парестезия, нервозность, напряженность, раздражительность, ажитация, тревога, инсомния, сонливость, депрессия, конъюнктивит, нарушение зрения, аритмии, ортостатическая гипотензия и тд. Внутрь. Отпускается по рецепту врача.

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

Опишите порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.

Приложите 2 заполненных 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 ГБ№1                                                                                          по ОКПО

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата соста-вления | Код вида операции | Отправитель | | Получатель | | Корреспондирующий счет | | Учетная единица выпуска продукции (работ, услуг) |
| структурное подразделение | вид деятельности | структурное подразделение | вид деятельности | счет, субсче | код аналити-ческого учет |
| 29.04.20 |  | стационар |  |  |  | https://lh5.googleusercontent.com/m0y-x6JN7zBvMBzcZwU5x5aMv2Et6GzazqjCCbcE_kTiR5HsBmfFnh_KpTp0TRRVw4hmwC-_YGwGFokgD8rkou0K1fk8e3g75r3urotRftDfhczHZx-OIbCMYrcvHpvNwanmW3EI |  |  |

Через кого Аптека №5

Затребовал Гл. Мед. сестра Иванова И.П

 Разрешил Гл врач Петров А.П 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Материальные ценности | | Единица изме-рения | | Количество | | Цена, руб. коп. | Сумма без учета НДС, руб. коп | Порядковый номер по складской картотеке |
| наименование | номенк- латур-ный но-мер | Код | наименование | затре- бова- но | отпу- щено |
| Sol. Promedoli 10 mg/ml 1 ml  D.t.d.N10  S. в/м |  |  |  | 5 | 5 | 123.0 | 615.0 |  |
| Sol. Buprenorphini 0.3 mg/ml 1 ml |  |  |  | 1 | 1 | 438.0 | 438.0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 1053,0 |  |

                                                        Одна тысяча пятьдесят три рубля ноль коп.

Отпустил   зав.отделением       (Ким А.Б.)                                                                     (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

 Получил  глав.врач     (Косова А.И.)                                                                           (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Разрыв страницы

                                                                         Типовая межотраслевая форма № М-11

                                                           Утверждена постановлением Госкомстата России

                                                                                                                от 30.10.97 № 71а

ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №2

                                                                                                                                       Коды

                                                                                                     Форма по ОКУД                                                                                                                                                      0315006

Организация ГБ№1                                                                                          по ОКПО

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата соста-вления | Код вида операции | Отправитель | | Получатель | | Корреспондирующий счет | | Учетная единица выпуска продукции (работ, услуг) |
| структурное подразделение | вид деятельности | структурное подразделение | вид деятельности | счет, субсче | код аналити-ческого учет |
| 29.04.20 |  | стационар |  |  |  | https://lh3.googleusercontent.com/VFFsZ0Ufs_WCXJxu9cRZOrvlqG9qkQ0fzUvW3O_LV9-7NS779HTu2tXJZdS4JTN7VHxUxsthyIJjrIleAnpwOBiM0Pv2MmmiGowlIdGW73DCwrUVkfLA4jPd_4q4urxvtEmnzKq0 |  |  |

Через кого Аптека №5

Затребовал Гл. Мед. сестра Иванова И.П

 Разрешил Гл врач Петров А.П 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Материальные ценности | | Единица изме-рения | | Количество | | Цена, руб. коп. | Сумма без учета НДС, руб. коп | Порядковый номер по складской картотеке |
| наименование | номенк- латур-ный но-мер | Код | наименование | затре- бова- но | отпу- щено |
| Sol. Midazolami 5 mg/ml 1 ml  D.t.d.N5 |  |  |  | 10 | 10 | 135,0 | 1350,0 |  |
| Sol. Clonidini 0.01%-1.0  D.t.d. N10 |  |  |  | 3 | 3 | 86,0 | 258,0 |  |
| Sol.Ketamini 5%-2.0  D.t.d.N5  S в/в |  |  |  | 15 | 15 | 56,0 | 840,0 |  |
| Tab.Zolpidemi 10 mg  D.t.d.N15  S. Внутрь |  |  |  | 10 | 10 | 166,0 | 1660,0 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 4108,0 |  |

                                                      Четыре тысячи сто восемь рублей ноль коп.

Отпустил   зав.отделением       (Ким А.Б.)                                                                     (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

 Получил  глав.врач     (Косова А.И.)                                                                           (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

**3. Решите ситуационные задачи** (индивидуальные задания).

Дайте ответы на ситуационные задачи с обоснованиями:

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

Фармацевт должен объяснить больному, что по рецепту с истекшим сроком годности он не имеет право отдавать лекарственные препараты, а для того, чтобы их получить, ему придется посетить своего лечащего врача, чтобы тот выписал ему рецепт заново.

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

На каждом рецепторном бланке имеется ФИО лечащего врача, выписавшего рецепт, а значит фармацевт всегда может позвонить ему с каким-либо вопросом для уточнения названия или дозировки лекарственного препарата.