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 |
|  | Glimepiridi 0,002  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке утром |  |  |  | Больной сахарным диабетом |  |  |  |
|  | Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml  D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день |  |  |  | Ветеран боевых действий |  |  |  |
|  | Thiotropii bromidi 0,00018  D.t.d. N.30  S. По 1 капсулев сутки с помощью ингалятора ХандиХалер |  |  |  | Больные бронхиальной астмой |  |  |  |
|  | Sol.Morphini 1% - 1ml  D.t.d. N.60 in amp.  S. Вводить под кожу по 1 мл при болях |  |  |  | Больной онкологическим заболеванием |  |  |  |
|  | Metamizoli natrii 0,3  Phenobarbitali 0,01  Coffeini 0,05  Codeini 0,008  D.t.d. N.10 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | Ветеран труда Красноярского края |  |  |  |
|  | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке на ночь |  |  |  | Больной эпилепсией |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50%, краевой |  |  |
|  |  |  |  |  | Дети-инвалиды |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Женщины в период беременности |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 100%. Краевой |  |  |