Заполните таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Формадополнительногорецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*% скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Tabl.Indomethacini 0,025 N.30 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | ветеран труда края |  |  |  |
|  | Sol. Clonidini 0,01%-1ml D.t.d.N.10 in amp. S. Внутривенно медленно |  |  |  | Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» |  |  |  |
|  | Ephedrini hydrochloridi 0,025 D.t.d.N.60 in tab. S. По 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | Малочисленные народы Севера |  |  |  |
|  | Sol. Pilocarpini hydrochloridi 2 % - 10 ml D.S. По 1 кап. 4-6 раз в день в оба глаза  |  |  |  | Больные глаукомой |  |  |  |
|  | Supp. Diclophenaci 0,1 D.t.d.N.5 S. По 1 суппозиторию в прямую кишку 2 раза в сутки |  |  |  | Инвалиды войны |  |  |  |
|  |  |  |  | 107-у/НП |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50%, краевой |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 100%, краевой |  |  |
|  |  |  |  |  | Больные сахарным диабетом |  |  |  |