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\_Мешкова Полина Андреевна

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

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

 (медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «\_17\_»\_06\_ 20\_20\_ г. по «\_30\_» \_\_06\_2020\_ г.

Руководители практики:

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

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

Методический – Ф.И.О. (его должность) \_Казакова Елена Николаевна

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).

**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 началаработы | Время окончания работы | Наименование работы | Оценка/Подпись руководителя |
| 17.06 |  |  |  Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов) |  |
| *22.06* |  |  | Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов). |  |
| *25.06* |  |  | Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов). |  |

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

**Таблица 1**

 Проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Отдельное место по приему рецептов фармацевта должно быть оборудовано: стол с выдвижными ящиками, вертушки для хранения готовых лс, стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой, шкафы для хранения ядовитых и сильно действующих препаратов, шкафом для хранения документов, различными канцтоварами, сейфами для хранения ядовитых и наркотических лп.  |
| Оборудование | Рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, компьютером. |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | действующий прейскурант цен, тарифы на изготовление лекарственных средств, последнее издание ГФ, таблицы высших разовых и суточных доз, таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов, справочники лекарственных средств, Государственный реестр ЛС, учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов.  |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фармацевтического профиля выделяются отделы: -Управленческий отдел (директор аптеки, главный менеджер), в котором директор (управляющий) совместно с менеджером имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки в любой период. -Плановый отдел (менеджер отдела закупок). менеджер по закупкам, основываясь на данных, которые он получает из других отделов (из отдела запасов и реализации) занимается оформлением заказов. -Отдел учета (бухгалтеры, экономисты). -Отдел запасов, в котором происходит прием и маркировка товара, выдача его в отделы реализации. Производится оперативный контроль движения товаров. -Отдел мелкооптовой реализации. Реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала. -Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала). Информация о реализованных медикаментах из отделов как розничной, так и мелкооптовой реализации поступает в базу данных на сервере и используется для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Печать «для рецептов штамп наименования аптечной организации, штамп «Лекарственный препарат отпущен». Все неправильно выписанные рецепты остаются в аптеке, погашаются штампом «Рецепт недействителен» и регистрируются в журнале неправильно выписанных рецептов. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы являются основанием для записей в регистрах бухгалтерского учёта. Они содержат обязательные реквизиты:-наименование документа-дата составления документа-наименование организации, от имени которой составлен документ-содержание хозяйственной операции-измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении-наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции-личные подписи указанных лицПервичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

**Таблица 2**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога по приему рецептов оборудуется секционным столом, шкафом со встроенными вертушками для приготовленных лекарств, шкафом и сейфом для хранения лекарств ( и для ядовитых, сильнодействующих) . |
| Оборудование | Помимо этого, рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, техническим оборудованием по изготовлению лс, приборы и реактивы для контроля качества, средства измерении массы и объема лс, а также компьютером |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | действующий прейскурант цен, тарифы на изготовление лекарственных средств, последнее издание ГФ, таблицы высших разовых и суточных доз, таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах, таблицы растворимости препаратов, справочники лекарственных средств, Государственный реестр ЛС, учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов, этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фармацевтического профиля выделяются отделы: -Управленческий отдел (директор аптеки, главный менеджер), в котором директор (управляющий) совместно с менеджером имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки в любой период. -Плановый отдел (менеджер отдела закупок). менеджер по закупкам, основываясь на данных, которые он получает из других отделов (из отдела запасов и реализации) занимается оформлением заказов. -Отдел учета (бухгалтеры, экономисты). -Отдел запасов, в котором происходит прием и маркировка товара, выдача его в отделы реализации. Производится оперативный контроль движения товаров. -Отдел мелкооптовой реализации. Реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала. -Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала). Информация о реализованных медикаментах из отделов как розничной, так и мелкооптовой реализации поступает в базу данных на сервере и используется для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Требование - накладная должна иметь:штамп, круглую печать медицинской организации, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части.  |
| Первичные учетные формы (журналы) | Первичные учётные документы должны содержать обязательные реквизиты:-наименование документа-дата составления документа-наименование организации, от имени которой составлен документ-содержание хозяйственной операции-измерители хозяйственной операции в натуральном и денежном выражении-наименование должностей лиц, ответственных за совершение хозяйственной операции-личные подписи указанных лицПервичный учётный документ должен быть составлен в момент совершения операции, а не после её окончания. |

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

 **2.1.**

 - категории медицинских работников осуществляющих назначение ЛП:

Назначение и выписывание рецептов осуществляется лечащим врачом, фельдшером или акушеркой ( если на нее вознесены полномочия).

 - документ, содержащий сведения о назначенном ЛП:

Сведения о назначенном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, дозировка, способ введения и применения, режим дозирования, продолжительность лечения и обоснование назначения лекарственного препарата) вносятся медицинским работником в медицинскую карту пациента.

- условия назначения ЛП и оформления рецепта пациенту, которому оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях:

При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях назначение лекарственных препаратов производится без оформления рецепта медицинским работником единолично. А 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 (пациенту или его законному представителю) одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты

 - условия назначения лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии:

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи.

 Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

- группы ЛП, на которые запрещается выписывать рецепты индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность:

 на лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня. ЛП обладающие анаболической активностью, сильнодействующие вещества.

**2.2.**

В городе Северобайкальск по адресу Ленинградский проспект 8, находится « Советская аптека» Часы работы: ежедневно с 9:00-20:00

Формат аптеки – традиционная аптека, так как в ней имеются отделы:

· Торговый зал – в нем производится отпуск и реализация

· Льготный отдел – производится отпуск и реализация рецептурных ЛС

· Оптика – Отпуск и реализация мед. оптики

· Материальная – хранение ЛС и ИМН

· Кабинет заведующей

· Комната отдыха персонала

· Санузел

Ассортимент советской аптеки: препараты от ОРВИ и гриппа, антидепрессанты, витамины, средства для похудения, косметические средства, препараты против аллергии, успокоительные, средства для будущих мам и их детей.



Источниками потенциальных потребителей рецептурных ЛП советской аптеки являются: станция скрой помощи, неврологическое отделение, стационар отделенческой больницы.



Красный- Советская аптека

Зеленый- стационар отделенческой больницы

Желтый- отделение неврологии

Синий- станция скорой помощи

|  |
| --- |
|  |

***3.Правила оформления рецептурных бланков******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. | + | + | + | + |
| ФИО больного  | + | + | + | + |
| Дата рождения | + | + | + | + |
| ФИО врача  | + | + | + | + |
| Наименование ЛС на латинском языке, с указанием его количества | + | + | + | + |
| Способ применения ЛС на русском языке | + | + | + | + |
| Подпись и личная печать врача | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |
| Код медицинскойорганизации | -при наличии номера и (или) серии, местадля нанесения штрих-кода | + | + | + |
| Код нозологической формы | - | - | - | + |
| Код категории граждан | - | - | - | + |
| %оплаты | - | - | - | + |
| СНИЛС | - | - | - | + |
| №полиса обязательного медицинского страхования | - | - | - | + |
| Печать ЛПУ | + | + | + | + |
| Печать для рецептов | + | + | + | + |
| Серия и номер рецепта | - | + | + | + |
| Номер амбулаторной карты или адрес больного | - | + | + | + |
| ФИО и подпись уполномоченного лица медицинской организации | - | - | + | - |
| ФИО и подпись работника аптечной организации | - | - | + | - |
| Номер медицинской карты | - | + | + | + |

 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 |
|  | Луналдин, табл. | Фентанил  | Опиойдный наркотический анальгетик N02AB03 | Наркотический, ПП № 681, список 2 | 107-уНП | 5 лет | 20 ампул |
|  | Годлайн, табл. | Сибутрамин  | Регулятор аппетита А08АА10 | Средство для лечения ожирения | 148-1/у-88 | 3 года | Не уст. |
|  | Седуксен, табл. | Диазепам | Анксиолитик N05BA01 | Психотропный ПП№681Список 3 | 107-уНП | 5 лет | Не уст. |
|  | Этиловый спирт, р/р | Этанол | Наркозное средствоD08AX08 | Сильнодействующий № 964 | 148-1/у-88 | 3 года | Не уст. |
|  | Цикломед, гл.капли | Циклопентолат | М-ХолиноблакаторS01FA04 | Сильнодействующий № 964 | 148-1/у-88 | 3 года | Не уст. |
|  | Полиоксидоний, р-р д/ин | Азоксимера бромид | Иммуномодулирующее средствоL03 | Остальные ЛП, отпускаемые по рецепту  | 107-1/у | 60 дней  | Не уст. |
|  | Терасил-Д, сироп | Декстрометорфан+ Фенилэфрин+ Хлорфенамин | Противокашлевое средство R05X | Приказ №562 П4  | 107-1/у | - |  |
|  | Тофф плюс, табл. | Декстрометорфан+ Парацетамол+ фенилэфрин+ Хлорфенамин | N02BE71 Анилид в комбинации | Приказ №562П 4  | 107-1/у |  - | Не уст. |
|  | Хлорпротиксен, табл. | Хлорпротиксен | N05AF03Нейролептик | Антипсихотическое средство | 107-1/у | 3 месяца | Не уст. |
|  | Грандаксин, табл. | Тофизопам | N05BA23Анксиолитик | Транквилизатор | 107-1/у | 3 месяца | Не уст. |

**4. *Фармацевтическая экспертиза рецепта.***

**4.1.**

- На комбинированный ЛП ( Приказ № 562, п-5)

Коделак таблетки

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 4 4 4 N 4 4

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

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

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_Тяжкова А.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_20.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_55555\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_Мешкова П.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Codeini 0,008

............... Natrii hydrocarbonatis.0,2..................................

................radicum Glycyrrhizin 0,02...................................

...............herbae Thermopsidis lanceolatae 0,02.........................

...............D.t.d.№ 10 in.tabl...........................................

...............S.По.1.таблетке..3.раза......................................

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

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

-ЛП не стоящий на предметно-количественном учете

(цефтраксон) Антибиотик

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "20" \_\_06\_\_2020\_ г.

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

пациента Динер Я.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Tab.Ceftriaxoni 1,0

..............D.t.d. № 10

..............S. По 1 таблетке 2 раза

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

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

Подпись   М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 *(нужное подчеркнуть)* (указать количество месяцев)

-наркотическое лс, стоящее на ПКУ

Морфин

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Медицинская документация

 Форма N 107/у-НП,

 утвержденная приказом

 Министерства здравоохранения

 штамп медицинской организации Российской Федерации

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 РЕЦЕПТ

 ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 Серия │ 5│ 5│ │ N │5 5│ 5│ │ │

 └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 «\_20\_»\_\_\_06\_\_\_ 20\_20\_ г.

 (дата выписки рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О.пациента\_Тяжкова\_Анна\_Андреевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_50\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_5555\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_77\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера,акушерки)\_Мешкова\_\_Полина\_Андреевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp:Sol.Morphini..1%-0,09…………………………………………………………………………. .........................D.t.d..№.1.(одна)in.amp..........................

.........................S.по..1..ампуле..................................

Подпись и личная печать врача 

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

 М.П.

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

\_Динер Яна Александровна 

 М.П.

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

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации Цех Валерия Дмитрьевна

  

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

 М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

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

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

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

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Динер Я. А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №28\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Динер Т.Н.

Руб. Коп. Rp:Tabl.Pregabalini 0,25

................................D.t.d №.14.................................

................................S..по.1.таблетке...........................

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

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "20\_\_" \_\_\_06\_\_\_ 2020\_\_ г.

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

пациента Тяжкова А.А.

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.П.

руб.|коп.| Rp.Таb.Nifedipini 0,01

..............D.t.d №30.

..............S.По 1 табл 1 р 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)

**4.2.**

Памятка по экспертизе рецептов:

Сначала нужно проверить правильность выбора рецептурного бланка, затем обязательные(Штамп лечебно-профилактического учреждения.Дата, когда рецепт был выписан врачом. Фамилия, имя, отчество больного. Также на всех формах рецепта, кроме льготных, должна быть указана возрастная категория больного и количество лет. В льготных бланках вместо этого должна быть указана дата рождения пациента. Фамилия, имя, отчество врача. Они должны быть прописаны полностью, без использования инициалов. Подпись врача, а также его личная печать.) и дополнительные реквизиты, печати врача, шампы, чтобы все было проставлено. ЛС должно быть выписано по МНН, сокращения и прописи должны быть верны. Должен стоять срок действия рецепта. Должна быть верно указана дозировка ЛС, нормы единой реализации так же не должны быть превышены.

Дополнительные реквизиты каждых бланков.

Бланк №107-1/у-НП

Номер полиса обязательного медицинского страхования, а также его серия. Номер медицинской карты больного, который проходит лечение амбулаторно. Подпись руководителя медицинской организации или его заместителя. Также обязательно присутствие круглой печати больницы.

В бланке №107-1/у-НП все ФИО должны быть прописаны полностью, рядом с количеством ЛС должно быть написано прописью это количество.

Бланк №148-1/у-88

Номер бланка, серия бланка. Адрес, по которому проживает пациент, или номер его медицинской карты. Печать "для рецептов", которая должна быть в каждой медицинской организации.

 Льготный бланк №148-1/у-04

 Номер бланка и его серия. Код категории людей, которые имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами. Код медицинской организации. Код нозологической формы по МКБ. Отметка об источнике финансирования (федеральный, региональный, муниципальный). Указание, на каких условиях лекарство приобретается пациентом (бесплатно или со скидкой 50 %). Номер СНИЛСа и полиса ОМС. Код лечащего врача или фельдшера, который выписал рецепт. На каждом бланке данной формы внизу имеется часть, которая должна быть заполнена работником аптеки при отпуске лекарства. Одна ее половина остается в аптеке, другая отдается пациенту на руки.

**4.3.**

Рецепт заноситься в журнал

На рецепте ставиться печать «рецепт недействителен» и отдается в руки пациенту

О неправильно заполненном рецепте сообщается руководителю мед. организации.

**4.4**.

**Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата | Наименование мед. организации | ФИО мед. работника | Содержание рецепта | Нарушения | Приняты меры | ФИО специалиста  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | 20.06.2020. | Нижнеангарская районная больница | Тяжкова А.А | Таблетки Кодеина 0.1 | Отсутствует личная подпись и печать врачаОтсутствует дата заполнения рецепта  | Пациент отправлен на ЛПУ для изменения рецепта | Мешкова П.А.  |

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

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

1. Сначала нужно проверить соответствует ли рецептурный бланк.

2. Затем проверить наличие обязательных реквизитов (Штамп мед. организации, дата выписки рецепта, ФИО пациента, дата рождения, ФИО лечащего врача, наименование ингредиентов на латинском языке и их количество, способ применения на русском языке, подпись и личная печать врача)

3. Далее проверяем наличие дополнительных реквизитов ( Код медицинской организации, код нозологической формы, код категории граждан, % оплаты, СНИЛС, № полиса обязательного медицинского страхования, печать ЛПУ, номер и серия рецепта, номер амбулаторной карты или адрес проживания больного, ФИО и подпись уполномоченного лица мед. организации, ФИО и подпись работника аптечной организации )

4. Определить не истек ли срок действия рецепта.

5. Проверить соответствуют ли ингредиенты, не завышены ли дозы.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | КодАТХ | Форма дополнительного бланка | Категория граждан | Вид бюджета  | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
| 1 | Sol. Acetylcysteini 10%-1ml D.t.d. N. 5 in amp. S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки | АЦЦ | R05CB01 | - | Инвалид III группы | Федеральный 100 % | 30 дней | 3 года |
| 2 | Sol. Ambroxoli 0,75%-2ml D.t.d. N. 5 in amp. S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки | АмбробенеЛазолвал  | R05CB06 | - | Инвалид войны | Федеральный 100% | 90 дней | 3 года |
| 3 | Sol. Ipratropii bromidi 0,025%-20 ml D.S. По 2 ингаляции 4 раза в сутки | АтровентИпратропия бромид | R01AX03 | 107-1/у | Больные бронхиальной астмой | Краевой 100 % | 90 дней | 3 года |
| 4 | Tabl. Bisoprololi 0,005 N.30 D.S. Внутрь по 1 таблетке утром до еды 1 раз в сутки | Конкор | C07AB07 | 107-1/у | Участники Великой Отечественной войны | Федеральный 100 % | 90 дней | 3 года |
| 5 | Tabl. Clopidogreli 0,075 N.28 D.S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз не зависимо от приема пищи | Плавикс | B01AC04 | 107-1/у | 7 нозологий | Федеральный 100 % | 90дней  | 3 года |
| 6 | Sol.Morphini 1% - 1mlD.t.d. N.60 in amp.S. Вводить под кожу по 1 мл при болях | Морфин |  N02AA01 | 107-1/у НП | Житель сельской местности | Краевой 100 % | 15 дней | 3 года  |
| 7 | Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N.50 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Ребенок из многодетной семьи | Краевой 100 % | 15 дней | 3 года |
| 8 | Rp.: Tab. Clofеlini 0,00015 №20D.S. по 0,5 таб. 3 р/д. | Клофелин  | C02AC01 | 148-1/у-88 | Ветеран труда | Краевой 50 % | 15 дней | 3 года  |
| 9 | Rp: Supp. Paracetamoli 0,1D.t.d. №10  S. По 1 свече ректально, при высокой температуре | Парацетамол | N02BE01 | - | Пенсионер с минимальной пенсией | Краевой 50% | 90 дней | 3 года  |
| 10 | Sol. Buprenorphini 0,03% - 1 mlD.t.d. N.30 in amp.S. Вводить по 1 мл | Бупраксон | N02AE01 | 107-1/у НП | Онкологический больной | Краевой | 15 дней | 3 года |

**2.2.**

**-Бупраксол (1)**

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

от 14 января 2019 г. N 4н

Форма N 148-1/у-04 (л)

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ 

Штамп │ 5│5 5│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 5│ 5555555│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования:(подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  |  | 1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50% |
| 3 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 **РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_1\_\_ N \_\_\_\_1\_ Дата оформления: 2│ 3 0│ 6│ │ │ 20\_20г.

 └─┴─┘ └─┴─┘

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

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 пациента \_\_Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │0 5│ │0 5 │ 1│960 ││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_3333\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_Мешкова П.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 D.t.d. N.30 in amp. S. Вводить по 1 мл

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 

-**Клофелин (2)**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ 

Штамп │ 5│5 5│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 5│ 5555555│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования:(подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  |  | 1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50% |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 **РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_8\_\_ N \_\_\_\_9\_ Дата оформления: 2│ 3 0│ 6│ │ │ 20\_20г.

 └─┴─┘ └─┴─┘

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

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 пациента \_\_Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │0 5│ │0 5 │ 1│960 ││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_3333\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Мешкова П.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tab. Clofеlini 0,00015

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

... ... ... D.t.d. №20 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... Signa:. D.S. по 0,5 таб. 3 р/д... ... ... ... ... ... ...... ...

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 

-**Фенобарбитал (3)**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ 

Штамп │ 5│5 5│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 5│ 5555555│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования:(подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  |  | 1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50% |
| 2 | 0 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 **РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_8\_\_ N \_\_\_\_9\_ Дата оформления: 2│ 3 0│ 6│ │ │ 20\_20г.

 └─┴─┘ └─┴─┘

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

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 пациента \_\_Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │0 5│ │0 5 │ 1│960 ││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях\_\_999999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_Мешкова П.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Phenobarbitali 0,1

... ... ... D.t.d. N.50 in tab ... ... ... ... ... ... ... ...

... ... ... Signa:. Внутрь по 1 таблетке

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

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

-**Морфин (4)**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ 

Штамп │ 5│5 5│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 5│ 5555555│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования:(подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  |  | 1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50% |
| 2 | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 **РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_8\_\_ N \_\_\_\_9\_ Дата оформления: 2│ 3 0│ 6│ │ │ 20\_20г.

 └─┴─┘ └─┴─┘

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

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 пациента \_\_Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │0 5│ │0 5 │ 1│960 ││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_9\_9\_9\_\_9\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Sol.Morphini 1% - 1ml

 D.t.d. N.60 in amp

 Signa: Вводить под кожу по 1 мл при болях

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 

-**АЦЦ(5)**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐ 

Штамп │ 5│5 5│ 5│

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ 5│ 5555555│ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования:(подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  |  | 1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50% |
| 0 | 8 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 **РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_8\_\_ N \_\_\_\_9\_ Дата оформления: 2│ 3 0│ 6│ │ │ 20\_20г.

 └─┴─┘ └─┴─┘

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

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 пациента \_\_Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения │0 5│ │0 5 │ 1│960 ││

 └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях 4444\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Мешкова П.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Sol. Acetylcysteini 10%-1ml.

 D.t.d. N. 5 in amp.

 Signa: По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 

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

1. ---------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ---------

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту:1---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Бупраксол |
| Дата отпуска: "\_23\_" \_\_06\_\_\_ 2020 г. | Количество: №30 |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- |
| Корешок рецептурного бланка--------------------------------------- | Способ применения: вводить по 1 млПродолжительность \_\_\_\_\_\_30\_\_ дней |
| Наименование лекарственного препарата: |  |
| Дозировка: \_\_0,03%-1 мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_1\_ раз |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Аптека № 3 отпустила:

Раствор Бупраксола, №30, 1 упаковка

Мешкова П.А., 23.06.2020



-2

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту:9---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Клофелин |
| Дата отпуска: "\_23\_" \_\_06\_\_\_ 2020 г. | Количество: №20 |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- |
| Корешок рецептурного бланка--------------------------------------- | Способ применения: по 0,5 таблеткеПродолжительность \_\_\_10\_\_\_\_\_ дней |
| Наименование лекарственного препарата: |  |
| Дозировка: \_\_0,00015 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_3\_ раз |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Клофелина, 1 упаковка, №20

Мешкова П.А., 23.06.2020



-3

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту:9---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Фенобарбитал |
| Дата отпуска: "\_23\_" \_\_06\_\_\_ 2020 г. | Количество: №50 |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- |
| Корешок рецептурного бланка--------------------------------------- | Способ применения: по 1 таблеткеПродолжительность \_\_\_\_\_\_50\_\_ дней |
| Наименование лекарственного препарата: |  |
| Дозировка: \_\_0.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_1\_ раз |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Фенобарбитала, 1 упаковка, №50

Мешкова П.А., 23.06.2020



-4

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту:9---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: Морфин |
| Дата отпуска: "\_23\_" \_\_06\_\_\_ 2020 г. | Количество: №60 |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- |
| Корешок рецептурного бланка--------------------------------------- | Способ применения: вводить по 1 млПродолжительность \_\_\_\_\_\_60\_\_ дней |
| Наименование лекарственного препарата: |  |
| Дозировка: \_\_1%-1 мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_1\_ раз |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Аптека № 3 отпустила:

Раствор Морфина, 1 упаковка, №60

Мешкова П.А., 23.06.2020



-5

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту:9---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: АЦЦ |
| Дата отпуска: "\_23\_" \_\_06\_\_\_ 2020 г. | Количество: №5 |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- |
| Корешок рецептурного бланка--------------------------------------- | Способ применения: вводить по 1 млПродолжительность \_\_\_\_\_\_5\_\_ дней |
| Наименование лекарственного препарата: |  |
| Дозировка: \_\_10%-1 мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Количество приемов в день: \_\_1\_ раз |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Аптека № 3 отпустила:

Раствор Морфина, № 5, 1 упаковка

Мешкова П.А., 23.06.2020



**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».

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

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

**Бланк 107-1/у**

Сначала нужно проверить наличие основных реквизитов - штамп медицинской организации, дата выписки рецепта, ФИО пациента, дата рождения, ФИО врача, наименование ингредиентов на латинском языке и их количество, способ применения на русском языке, подпись и личная печать врача, срок действия рецепта .

При выписывании медицинским работником рецептов на готовые ЛП, разрешается устанавливать срок действия рецепта в пределах до одного года и превышать рекомендуемое количество ЛП для выписывания на один рецепт.

При выписывании таких рецептов медицинский работник делает пометку "по специальному назначению", указывает срок действия рецепта и периодичность отпуска ЛП (еженедельно, ежемесячно и иные периоды), заверяет это указание своей подписью и личной печатью, а также печатью медицинской организации "Для рецептов".

**Бланк 148-1/у-88**

Сначала нужно проверить наличие основных реквизитов - штамп медицинской организации, дата выписки рецепта, ФИО пациента, дата рождения, ФИО врача, наименование ингредиентов на латинском языке и их количество, способ применения на русском языке, подпись и личная печать врача, срок действия рецепта .

Далее наличие штампа МО, подписи, личной печати врача и печати «Для рецептов».

Срок действия рецепта 15 дней. Срок хранения в аптеке равен 3 года;Срок хранения рецептов на ТТС содержащие наркотические вещества списка II, психотропные средства списка III - 5 лет.

 Рецепты на производные барбитуровой кислоты, комбинированные ЛП, содержащие кодеин (его соли), иные комбинированные ЛП, подлежащие ПКУ, ЛП, обладающие анаболической активностью, для лечения пациентов с хроническими заболеваниями могут выписываться на курс лечения до 60 дней. В этих случаях на рецептах производится надпись "По специальному назначению", отдельно скрепленная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации "Для рецептов".

При выписывании наркотических и психотропных ЛП списков II и III Перечня, иных ЛП, подлежащих ПКУ, доза которых превышает высший однократный прием, медицинский работник пишет дозу этого препарата прописью и ставит восклицательный знак. Если медицинский работник не оформил рецепт (по индивидуальной прописи) соответствующим образом фармацевтический работник обязан отпустить ЛС в половине высшей разовой дозе.

Срок действия рецепта 15 дней. Срок хранения в аптеке равен 3 года; Срок хранения рецептов на ТТС содержащие наркотические вещества списка II, психотропные средства списка III - 5 лет.

 Разрешено превышать предельно допустимое количество ЛП на один рецепт не более чем в 2 раза.

**Копии рецептов с пометкой об отпуске:**

**-1**

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 4 4 4 N 4 4

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "\_26\_" \_\_\_\_\_\_июня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_20 г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_\_\_Тяжкова А.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_20.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_55555\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_Мешкова П.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Codeini 0,008

............... Natrii hydrocarbonatis.0,2..................................

................radicum Glycyrrhizin 0,02...................................

...............herbae Thermopsidis lanceolatae 0,02.........................

...............D.t.d.№ 10 in.tabl...........................................

...............S.По.1.таблетке..3.раза......................................

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

Подпись и печать лечащего врача  М.П. 

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона рецепта**

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Коделак, 1 упаковка, №10

Мешкова П.А., 26.06.2020 



-2

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "26" \_\_06\_\_2020\_ г.

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

пациента Динер Я.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)Тяжкова А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Tab.Ceftriaxoni 1,0

..............D.t.d. № 10

..............S. По 1 таблетке 2 раза

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

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

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**

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Цефтраксон, 1 упаковка, №10

Мешкова П.А., 26.06.2020 



**-3**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

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

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "26\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Динер Я. А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №28\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Динер Т.Н.

Руб. Коп. Rp:Tabl.Pregabalini 0,25

................................D.t.d №.14.................................

................................S..по.1.таблетке...........................

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

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

**Оборотная сторона рецепта**

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Фенобарбитала, 1 упаковка, №14

Мешкова П.А., 26.06.2020 



**-4**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "26\_\_" \_\_\_06\_\_\_ 2020\_\_ г.

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

пациента Тяжкова А.А.

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.П.

руб.|коп.| Rp.Таb.Nifedipini 0,01

..............D.t.d №30.

..............S.По 1 табл 1 р 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)

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Нифедипина, 1 упаковка, №30

Мешкова П.А., 26.06.2020 



**-5**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "26\_\_" \_\_\_06\_\_\_ 2020\_\_ г.

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

пациента Тяжкова А.А.

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.П.

руб.|коп.| Rp.Таb.Amoxicillini 0,25

..............D.t.d №20.

..............S.По 1 табл 1 р 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)

Аптека № 3 отпустила:

Таблетки Амоксицилина, 1 упаковка, №20

Мешкова П.А., 26.06.2020 



**-6**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

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 ПО СПЕЦИАЛЬНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ

 ЕЖЕМЕСЯЧНО

власти, выдавшего лицензию)

   

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "26\_\_" \_\_\_06\_\_\_ 2020\_\_ г.

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

пациента Тяжкова А.А.

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.П.

руб.|коп.| Rp.Caps.Omez D

..............D.t.d №30.

..............S.По 1 капсуле 1 р в день

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

Подпись   М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен *в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

 *(нужное подчеркнуть)* (указать количество месяцев)

Аптека № 3 отпустила:

Капсулы Омез Д, 1 упаковка, №30

Мешкова П.А., 26.06.2020



Аптека № 3 отпустила:

Капсулы Омез Д, 1 упаковка, №30

Мешкова П.А., 26.07.2020



Аптека № 3 отпустила:

Капсулы Омез Д, 1 упаковка, №30

Мешкова П.А., 26.08.2020 



**1.2.**

 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.**

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Запрещается отпускать наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, внесенные в [Список II](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_345546/#dst100178), по рецептам на лекарственные препараты, выписанные более пятнадцати дней назад.

Фармацевтический работник аптечного учреждения при получении рецепта на лекарственную пропись индивидуального изготовления в случае выписывания врачом лекарственных средств в дозе, превышающей высший однократный прием, обязан отпустить лекарственное средство, подлежащее предметно-количественному учету, в половине высшей разовой дозы.

При отпуске НС и ПВ, внесенных в Список II; психотропных веществ, внесенных в Список III; экстемпоральных лекарственных препаратов, содержащих лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, больным вместо рецепта выдается сигнатура

Для получения наркотических и психотропных ЛП пациенту нужно иметь с собой паспорт, если получает ответственное лицо у него должна быть доверенность, оформленная нотариусом.

Отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами.

Отпуск возможен только при наличии термоконтейнера у пациента.

Когда выдается необходимое количество доз, на упаковке проставляется дата и время отпуска препарата. Работник аптеки должен объяснить покупателю, что необходимо доставить препарат до места использования в минимальные сроки ( не более 48 часов) хранить нужно в холодильнике.

**-иммуноглобулин**

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

Наименование (штамп)

медицинской организации Утверждена приказом

 Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

 РЕЦЕПТ

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 "26\_\_" \_\_\_06\_\_\_ 2020\_\_ г.

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

пациента Тяжкова А.А.

Дата рождения 28.04.1998\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Мешкова П.П.

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

..............D.t.d. N. 2 in flac

..............S. По схеме.

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

Подпись   М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 *(нужное подчеркнуть)* (указать количество месяцев)

**ОБОРОТ РЕЦЕПТА**

Аптека № 3 отпустила:

Раствор Иммуноглобулина, 2 флакона, 16%-200мл

Мешкова П.А., 26.06.2020 12:48 



**-бупренорфин**

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Медицинская документация

 Форма N 107/у-НП,

 утвержденная приказом

 Министерства здравоохранения

 штамп медицинской организации Российской Федерации

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 РЕЦЕПТ

 Серия │ 5│ 5│ │ N │5 5│ 5│ │ │

 «\_26\_»\_\_\_06\_\_\_ 20\_20\_ г.

 (дата выписки рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.–.О.пациента\_Тяжкова\_Анна\_Андреевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_50\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_5555\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_77\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера,акушерки)\_Мешкова\_\_Полина\_Андреевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Sol. Buprenorphini 0,03% - 1,0  …………………………………………………………………………. .........................D.t.d..№.10.(десять)in.amp..........................

.........................S.по..1..ампуле.........................…......

Подпись и личная печать врача 

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

 М.П.

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

\_Динер Яна Александровна 

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске Бупранал 0,03%-1мл №10 1 упаковка Паспорт № 1276738 Серия 098090 26.06.2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ка аптечной организации Цех Валерия Дмитрьевна

  

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

**ОБОРОТ РЕЦЕПТА**

****

**1.4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

 1) Установить контакт с посетителем

2) Определить 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)

3)Определить проблему посетителя, задав уточняющие вопросы:

«у кого возникла проблема»

«каковы симптомы»

«как долго продолжается недомогание»

«какие меры уже приняты»

«какие препараты уже принимаются»

4) Обратить 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 или пациенты, уже принимающие другие ЛС

5)Обсудить с пациентом возможные пути устранения проблемы

6)Проконсультировать посетителя по приёму лек.препарата:

- доза и кратность, курса терапии;

- обязательное указание рекомендаций по его применению- информирование о взаимодействии с пищей, алкоголем, никотином;

- информирование о наличии возможных побочных эффектах препарата;

- предупреждение о необходимости использования лекарственного препарата в пределах установленного срока годности.

7) Выяснить наличие одновременного назначения других лекарственных препаратов и проинформировать о взаимодействии с ними приобретаемого лекарственного препарата.

8) Предложить препараты в качестве аналога и объяснить свои предложения

9) Выбор наилучшего решения

10)Отпуск ЛП (или отказ от него)

**Описание № 1.**

Ф: Добрый день, чем я могу вам помочь?

П: У меня заболел ребенок, мне нужен антибиотик.

Ф: Антибиотики выпускаются по рецепту, у вас есть рецепт от врача?

П: Да, конечно. Держите.

Ф: Хорошо. Вот держите амоксицилин, если самочувствие вашего ребенка улучшится через два-три дня, курс лечения нельзя прекращать.

П: Хорошо, спасибо я поняла.

Ф: Так же для защиты микрофлоры, советую вам применять вместе с антибиотиком пробиотик, возьмите «Линекс»

П: Хорошо, давайте. Как принимать?

Ф: У вас в рецепте написано, принимать амоксицилин по 1-2 чайной ложке 3 раза в день. Между приемом антибиотика и пробиотика должен быть промежуток 2-2,5 часа.

П: Спасибо, я поняла.

Ф: Значит получается, « Линекс» 250 рублей, «Амоксицилин» 350 рублей, с вас 600 рублей. По карте или наличными?

П: По карте.

Ф: Прикладывайте или вставляйте.

П: Все! До свидания!

Ф: Всего доброго! Скорейшего выздоровления вашему ребенку.

**Описание № 2.**

Ф: Добрый день! Чем я могу вам помочь?

 П: Здравствуйте! У меня аллергия, есть что-нибудь от нее?

 Ф: Скажите вы знаете на что у вас аллергия?

 П: На кошку.

Ф: Как она у вас проявляется?

 П: Так, у меня чешутся и краснеют глаза.

Ф: Вам лучше использовать капли или применять препорат?

 П: Лучше таблетки.

Ф: Могу вам посоветовать «Супрастин» или «Фиксадин»

 П: Я уже принимала Супрастин, давайте Фиксадин. В какую цену?

Ф: 20 таблеток 100 рублей, 50- 200 рублей. Сколько лучше?

 П: Давайте 50 штук

Ф: Принимайте два раза в сутки по 1 таблетки. В течение 10 дней

 П: Хорошо, поняла.

Ф: С вас 200 рублей. По карте или наличными?

 П: Вот держите , До свидания!

Ф: Всего доброго!

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

При отпуске фармацевтический работник проверяет надлежащее оформление требования-накладной и проставляет отметку о количестве и стоимости отпущенных лекарственных препаратов.

Требование-накладная должна иметь:

-штамп

-круглую печать мед. организации

-подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части

-указывается номер, дата, отправитель и получатель ЛП

-наименование ЛП пишется на латинском языке

-для ЛП указываются дозировки

-форма выпуска

-вид упаковки

-способ применения

-количество затребованных ЛП

Все требования-накладные, по которым отпущены ЛП, подлежат оставлению и хранению у субъекта розничной торговли:

-на наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, психотропные лекарственные препараты списка III (в отношении аптек и аптечных пунктов) в течение пяти лет;

-на лекарственные препараты, подлежащие ПКУ , в течение трех лет;

-на иные лекарственные препараты - в течение одного года.

Запрещается отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II, в том числе в виде трансдермальных терапевтических систем, психотропных лекарственных препаратов списка III по требованиям-накладным индивидуального предпринимателя, имеющего лицензию на медицинскую деятельность

Нарушение первичной упаковки ЛП при его отпуске по требованию-накладной допускается субъектом розничной торговли, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность с правом изготовления ЛП. В таком случае отпуск ЛП осуществляется в упаковке, оформленной в установленном порядке, с предоставлением инструкции (копии) по применению отпускаемого ЛП .



Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **1** |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация | ЦРБ | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­тасос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | По­лу­ча­тель | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | Учет­ная еди­ни­ца вы­пус­ка про­дук­ции(ра­бот, ус­луг) |
| струк­тур­ное под­раз­де­ле­ние | вид де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное под­раз­де­ле­ние | вид де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.2020 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Советская аптека

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Мед .сестра Мешкова П.П. | Разрешил | Главный врач Санданов А.А. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | Ко­ли­чес­тво | Це­на, руб. коп. | Сум­мабез уче­та НДС,руб. коп. | По­ряд­ко­выйно­мер по склад­ской кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк-ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре-бо­ва-но | от­пу-ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Drotaverini 0,04D.t.d. № 30 in tab. |  |  | Уп. | 5 | 5 | 100,00 | 500,00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | подпись |  | Мешкова Г.Г. | **Получил** | Мед. сестра |  | подпись |  | Мешкова П. П. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

 Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **2** |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация | ЦРБ | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­тасос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | По­лу­ча­тель | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | Учет­ная еди­ни­ца вы­пус­ка про­дук­ции(ра­бот, ус­луг) |
| струк­тур­ное под­раз­де­ле­ние | вид де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное под­раз­де­ле­ние | вид де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Советская аптека

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Мешкова П.П.  | Разрешил | Главный врач Санданов О. Л |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | Ко­ли­чес­тво | Це­на, руб. коп. | Сум­мабез уче­та НДС,руб. коп. | По­ряд­ко­выйно­мер по склад­ской кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк-ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре-бо­ва-но | от­пу-ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: Tab. Chloropyramini 0,025 №10 D.S. По I таб. 2 р/д во вр/еды. |  |  | Уп. | 5 | 5 | 200,00 | 1000,00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | подпись |  | Мешкова Г.Г. | **Получил** | Мед .сестра |  | подпись |  | Мешкова П .П. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

**3. Решение ситуационной задачи**

1.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?

Ответ: Сначала нужно успокоить больного, попросить, чтоб он не нервничал и немного подождал. Далее нужно дозвониться до врача, выписавшего рецепт, попросить чтобы выписал заново, а этот рецепт забрать и поставить печать «Недействителен»

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

Ответ: Нужно связаться с врачом, уточнить что было выписано в рецепте, количество, и отпустить лекарства больному .

**ОТЧЕТ  ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ  ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося \_Мешковой Полины Андреевны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_203\_\_\_\_Специальность\_\_Фармация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17.06\_\_ по \_30.06\_\_20\_20\_\_\_г

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

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

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А.  Цифровой отчет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
| 1 | Прием рецептов и проведение фармацевтической экспертизы |  17 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы |  3 |
| 3 | Таксирование рецептов |  - |
| 4 | Таксирование требований |  - |
| 5 | Фасовочные работы |  - |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента |  - |
| 7 | Прием товара по количеству (указать количество товарных накладных) |  2 |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) |  2 |