**Индивидуальное задание**

В аптеку обратился посетитель с рецептом на препарат «Фамотидин» 40 мг.

**Задание 1.1**

В аптеке не хранится

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Поликлиника № 4

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

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"02" июня 2020 г.

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

пациента \_\_Владимирова П.Ю.

Дата рождения \_08.08.1990\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_Крылов А.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tabl. Famotidini 0,04 №30

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день на ночь, курс лечения 30 дней

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

Врач:

Кравченко

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

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

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



Подпись

и печать лечащего врача

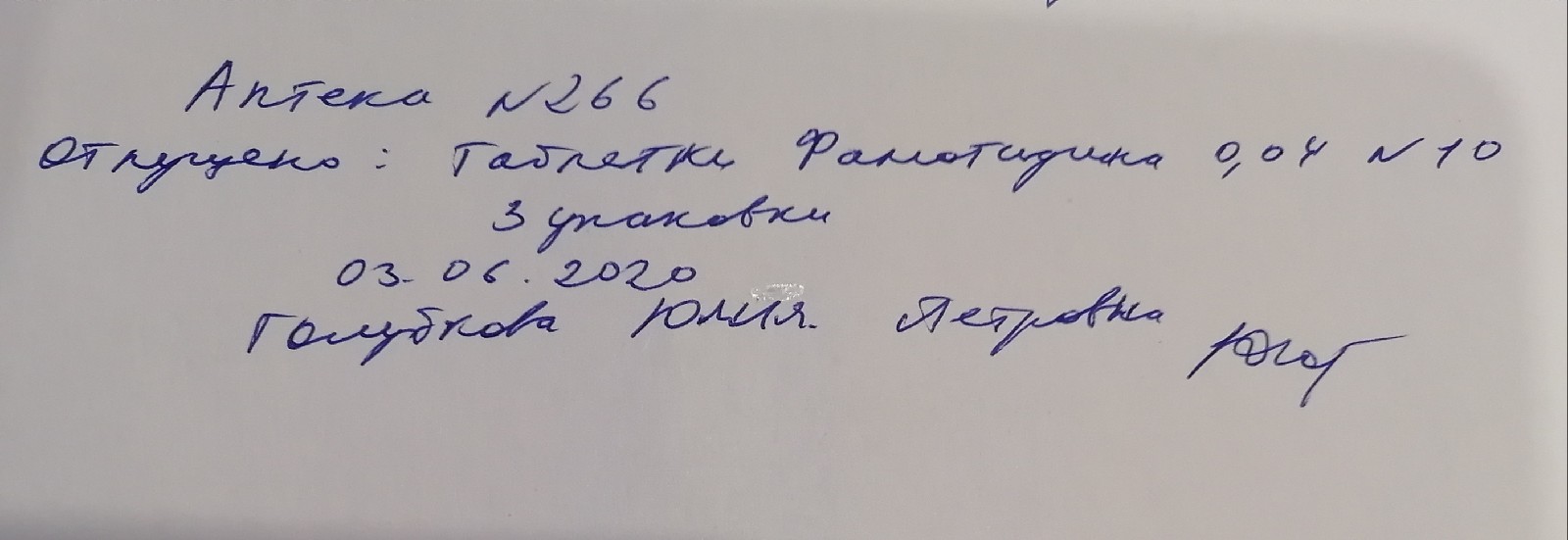
(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Задание 1.2**



**Задание 1.3**

1. «Фамосан» таблетки 40 мг № 10;
2. «Квамател» таблетки 40 мг № 14

**Задание 1.4**

Способ применения: данный лекарственный препарат стоит принимать внутрь по 1 таблетке (40 мг) 1 раз в день, на ночь, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды, курс приема 4 недели.

**Задание 1.5**

Наиболее значимые лекарственные взаимодействия отпускаемого препарата:

* Увеличивает всасывание амоксициллина и клавулановой кислоты.
* При одновременном применении с антацидными средствами, содержащими магний и алюминий, сукральфатом происходит снижение интенсивности абсорбции фамотидина, поэтому перерыв между приемом этих препаратов должен составлять не менее 1-2 ч.
* Вследствие повышения рН содержимого желудка при одновременном приеме может уменьшиться всасывание кетоконазола и итраконазола.

**Задание 1.6**

Правила хранения лекарственного препарата в домашних условиях: Хранить в недоступном для детей, сухом, защищенном от света месте при комнатной температуре (не выше 25°С).

**Задание 2**

**Фармакологическая группа:**

Блокатор гистаминовых Н2-рецепторов. Противоязвенный препарат

**Механизм действия:**

Блокирует гистаминовые H2-рецепторы, ингибирует базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты; Способствует увеличению рН желудочного содержимого и подавляет активность пепсина. Усиливает защитные механизмы слизистой оболочки желудка и способствует заживлению связанных с воздействием соляной кислоты ее повреждений (в т.ч. прекращению желудочно-кишечных кровотечений и рубцеванию стрессовых язв) путем увеличения образования желудочной слизи

**Побочные действия:**

сухость слизистой оболочки полости рта, снижение аппетита, тошнота, рвота, боль в животе, повышение активности печеночных трансаминаз, запор, диарея, аллергические реакции, головная боль, головокружение, снижение АД.

**Противопоказания:**

гиперчувствительность, беременность, период лактации, печеночная недостаточность, цирроз печени, детский возраст, артериальная гипотензия