Заполнить 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. Clonidini 0,00075 N.50 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день |  |  |  | инвалид (I степень) |  |  |  |
|  | Dragee Chlorpromazini 0,025 D.t.d. N.30 S. Внутрь по 1 драже 2 раза в сутки |  |  |  | Инвалиды вследствие чернобыльской катастрофы |  |  |  |
|  | Rp.: Caps.Omeprazoli 0,02 D.t.d. N.10 S. Внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки |  |  |  | Больные сахарным диабетом |  |  |  |
|  | Ung. Prednisoloni 0,5%-15,0 D.S. Наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день |  |  |  | Малочисленные народы Севера |  |  |  |
|  | Sol. Metamizoli natrii 50%-2ml D.t.d. N.10 in amp. S. Внутримышечно по 2 мл 3 раза в сутки |  |  |  | Больные хроническими заболеваниями кожи |  |  |  |
|  | Gel Diclophenaci 5%-30,0 D.S. Наносить тонким слоем на область коленного сустава 2 раза в день |  |  |  | Ребенок из многодетной семьи в возрасте до 6 лет |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Женщина в периодбеременности |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50%, краевой |  |  |
|  |  |  |  | 107-у/НП |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |