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 Ваньямова Инна Дмитриевна

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

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

 (медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» \_\_\_\_06 \_\_\_2020 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, текстовой).

**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 |  |  | *Изучение работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций.*  |  |
| *18.06* |  |  | Изучение работы аптеки по приёму рецептов и требований медицинских организаций. |  |
| *19.06* |  |  | Изучение работы аптеки по приёму рецептов и требований медицинских организаций. |  |
| *20.06* |  |  | Изучение организации бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *22.06* |  |  | Изучение организации бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *23.06* |  |  | Изучение организации бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *25.06* |  |  | Изучение организации рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *26.06* |  |  | Изучение организации рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. |  |

**Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов)**

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по приему рецептов и требований. Проведение фармацевтической экспертизы поступающих в аптечную организацию рецептов и требований медицинских организаций. Определение стоимости лекарственных препаратов, том числе экстемпоральных. Отпуск лекарственных препаратов по выписанным рецептам и требованиям. Установление норм единовременного и рекомендованного отпуска.

**Нормативные документы для изучения:**

* Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
* 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».
* Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
* Приказ Минздрава РФ от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 26.02.2013) «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

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

**Таблица 1** - Проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Рабочее место провизора-технолога оборудуется:Стол с выдвижными ящиками; стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой; -шкафом для хранения документов; различными канцтоварами; необходимой техникой |
| Оборудование | Рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | На рабочем месте необходимо иметь :-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. -Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, -Государственный реестр ЛС,-таблицы цен, -тарифы на изготовление лекарств, -учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:-Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки-Плановый (менеджер отела закупок, основываясь на данных , получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов)-Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты)-Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала.-Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала) Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Фарм. работник проставляет отметку на рецепте об отпуске ЛП с указанием: -наименования аптечной организации (ФИО индивидуального предпринимателя); -торгового наименования, дозировки и количества отпущенного ЛП;-ФИО фармацевтического работника, отпустившего ЛП, и его подписи; -даты отпуска ЛП; -штампа «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 для хранения лекарств, содержащих медикаменты списка А, холодильником.  |
| Оборудование | Помимо этого, рабочее место по приему и отпуску рецептов оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств, а также компьютером |
|  |  |
| Нормативные документы, справочники | На рабочем месте необходимо иметь :-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. -Имеются также справочники лекарственных средств, в том числе Видаля и Машковского, -Государственный реестр ЛС,-таблицы цен, -тарифы на изготовление лекарств, -учетные документы, в частности рецептурный журнал или квитанционный журнал и журнал учета неправильно выписанных рецептов. Кроме того, на рабочем месте должны быть этикетки и сигнатуры. |
| Компьютерное программное обеспечение | На предприятиях фарм. профиля выделяются отделы:-Управленческий (директор аптеки, главный менеджер) в котором директор и менеджер имеют возможность получения точных сведений о деятельности аптеки-Плановый (менеджер отела закупок, основываясь на данных , получаемых из отдела запасов и реализации, занимается оформлением заказов)-Отдел учёта (бухгалтеры, экономисты)-Отдел мелкооптовой реализации (реализация медикаментов через розничный отдел облегчается за счет использования POS-терминала.-Отдел розничной реализации (менеджер торгового зала) Информация о реализованных медикаментах поступает в базу данных на сервере и исп. для учета и анализа. |
| Штампы, печати | Требование - накладная должна иметь:штамп, круглую печать медицинской организации, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части. Также в ней указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель ЛС, его наименование (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории т.п.), вид упаковки, способ применения, количество затребованных ЛС, количество и стоимость отпущенных ЛС. |
| 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**

1) Назначение ЛП осуществляется фельдшером, собственно лечащим врачом и акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача.

2) Сведения о назначенном ЛП вносятся мед.работником в медицинскую документацию пациента.

3)При оказании пациенту мед. помощи в стационарных условиях назначение ЛП производится без оформления рецепта медицинским работником единолично, за исключением, когда нужно согласовать назначения ЛП с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача, а также, при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1.одновременного назначения 5 и более ЛП одному пациенту;

2. назначения ЛП, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП , при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении ЛП, особенности взаимодействия и совместимости которых приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента. В таких случаях назначение ЛП фиксируется в медицинской документации пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

4. По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются ЛП, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинской документации пациента и журнале врачебной комиссии.

5. Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, запрещается оформлять рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня

**2.2**

Аптека №147 «Губернские аптеки»

Форма собственности - Государственная

Отделы: отдел рецептурных и безрецептурных препаратов; отдел оптики и ортопедии.

Ассортимент: различные группы лекарственных препаратов; БАД; парафармацевтическая продукция; детское питание; детские товары; офтальмологические товары; ортопедические изделия ; медицинские изделия и мед.приборы.

Режим работы: с 9:00-21:00

Аптека №147 находится в п. Берёзовка , на улице Дружбы 1. Аптека расположена в жилом доме. В аптеку могут приходить, собственно, местные люди, которые проживают в доме, либо, рядом с домом, а так же рядом с парковой аптеки - проезжающие люди, или люди проходящие мимо. Постоянными покупателями являются пожилые люди, а так же мамы с грудными детьми . Хорошо развита инфраструктура, поэтому ,помимо жилых домов рядом располагается спортивный комплекс «Brusilla», гипермаркет Лента, школа, детский сад.

Аптека имеет как наружную рекламу, так и внутреннюю. При входе в аптеку мы видим световую вывеску, которая выполнена на тёмно-зелёном фоне, это говорит о том, что цвет снимает усталость, успокаивает. Так же, над входом расположена крыша, которая защищает в снежную и дождливую погоду, помимо нее, имеются специальные коврики(снаружи и внутри),защищающие от грязи . Для инвалидов имеется кнопка вызова. Дверь легко открывается для посетителей любого возраста и плавно закрывается без резких и быстрых хлопков.



Рис. «Организации, расположенные рядом с аптекой»



 - Аптека №147

 - Аптека «Живика»

 - Аптечный пункт

 - Берёзовская центральная районная больница «КГБУЗ»

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

**3.1**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. | + | + | + | + |
| Дата выписки рецепта | + | + | + | + |
| ФИО больного  | + | + | + | + |
| ФИО врача  | + | + | + | + |
| Наименование ингредиентов на лат.языке и их количество | + | + | + | + |
| Способ применения на русском языке | + | + | + | + |
| Подпись и личная печать лечащего врача | + | + | + | + |
| Указание «взрослый»или «детский» | + | + | + | - |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| Дата рождения пациента | + | + | + | + |
| **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 | + | + | + | + |
| Номер,серия рецепта | - | + | + | + |
| Номер амбулаторной карты или адрес больного | - | + | + | + |
| ФИО и подпись уполномоченного лица мед.орг | - | - | + | - |
| ФИО и подпись работника аптечной орг. | - | - | + | - |

**3.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Торговое наименование ЛП | МНН | Фарм.группа, АТХ\* | № приказа, список ЛП, стоящего на ПКУ | Форма рецептурного бланка | Срок хранения рецепта в аптеке | Норма отпуска ЛП |
|  | Просидол табл. | Пропионилфеноксиэтилперидин | Анальгетическое наркотическое ср-во. **ATX:** [N02AX](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n02ax) | Нарктич. список II Пп №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | Не уст. |
|  | Слимия, капс. | Сибутрамин | Препарат для лечения ожирения центрального д-я**АТХ** А08АА10 | Сильнодействующее.Пр №964Подлежит ПКУ | 148-1/у-88 | 3 г | Не уст. |
|  | Седуксен, табл. | Диазепам | Анксиолитическое ср-во(транквилизатор)**ATX:** N05B А01 | Психотропное.Список III. Подлежит ПКУ | 148-1/у-88 | 5 лет | Не уст. |
|  | Этиловый спирт, р/р | Этанол | Антисептическое ср-во. **ATX:** [D08AX08](https://www.vidal.ru/drugs/atc/d08ax08) | Сильнодействующее. Пп №964. Подлежит ПКУ | 148-1/у-88 | 3 г | Не уст. |
|  | Цикломед, гл.капли | Циклопентолат | М-холиноблокатор. **ATX:** [S01FA04](https://www.vidal.ru/drugs/atc/s01fa04) | Иные лек.средства,подлежащие ПКУВключён в раздел IV перечня ЛС Приказ 183н  | 148-1/у-88 | 3 г | Не уст. |
|  | Полиоксидоний, р-р д/ин | Азоксимера бромид | Иммуномодулирующее ср-во**АТХ**: L03 | Остальные ЛП, отпускаемые по рецепту и не подлежащие ПКУ | 107-1/у | Не хранится в аптеке | Не уст. |
|  | Тофф плюс, табл. | Парацетамол+Фенилэфрин+Хлорфенамин+Декстрометорфан  | Комбинированный препарат для устранения ОРЗ.**ATX:** [N02BE71](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n02be71) | Пр.№562нп.4 | 107-1/у | Не хранится в аптеке | Не уст. |
|  | Хлорпротиксен, табл. | Хлорпротиксен | Антипсихотический препарат(нейролептик)**ATX:** [N05AF03](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n05af03) | Иной ЛП относящийся по АТХ к антипсихотич.ср-ву | 107-1/у | 3 месяца | Не уст. |
|  | Феназепам, табл. | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | Анксиолитическое средство (транквилизатор) **ATX:** [N05BX](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n05bx) | П.4 приказа Министерства Здравоохранения РФ от 17 мая 2012 г. N 562н | 107-1/у | 3месяца после отпуска пациенту последней партии ЛС | Не уст. |
|  | Каффетин табл.  | Кодеин+Кофеин+Парацетамол+Пропифеназон | Анальгезирующее ср-во комбинированное. **ATX:** [N02BE71](https://www.vidal.ru/drugs/atc/n02be71) | Пр №562н. п.5 | 148-1/у-88 | 3 г | Не уст. |

**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

**-ЛП, не стоящие на предметно-количественном учете**

 ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

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

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_*Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_\_\_*10.12.1971*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_№2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_*Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:*Tabl.Clozapini 0,1*

*................................D.t.d №.10...........................................*

*................................S.По1 табл...........................................*

*...................................1р в день........................................*

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.(подпись фельдшера, акушерРецепт 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)  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)

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

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

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

руб.|коп.| Rp.*Tabl.Bromdigihydrochlorphenylbenzodiazepini 0,5 mg*

*..............D.t.d.№.50..........................*

*..............S.По 1 табл 2 р в день*.........................

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

 (нужное подчеркнуть) (указать количествомесяцев)

**-комбинированные препараты, содержащие малые количества наркотических и психотропных лекарственных средств**,

 ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

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

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.12.1971*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_№2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)*Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:Paracetamoli 0,25

 Propyphenazoni 0,21

 Coffeini 0,05

 Codeini phosphatis 0,01

*................................D.t.d№.10...........................................*

*................................S.По1табл...........................................*

*....................................3р/сут......................................*

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

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.(подпись фельдшера, акушерки)

* **наркотические лекарственные средства, стоящие на предметно-количественном учете.**

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*20\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_2020*\_\_\_г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Павловна* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст *50*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования\_0615 *612358*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты *№4*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Акулова Анастасия Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp:*Sol.Trimepiridini.1%-1 ml*

 *D.t.d №.10 in amp*

 *..S.По 1 мл при болях* ................................................................

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации М.П. *Лейкина Татьяна Александровна*  

Отметка аптечной организации об отпуске

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*20\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_2020*\_\_\_г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Павловна* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст *50*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования\_0615 *612358*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты *№4*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Акулова Анастасия Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rp: *Tabl.Propionilphenyletoxyethylpiperidine 0,02*

 *D.t.d №.10*

 *.. S.По 1 таблетке 2-3 р/сут* ................................................................

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации М.П. *Лейкина Татьяна Александровна* 

Отметка аптечной организации об отпуске

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

**4.2** **Памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков**

*1)Проверить соответствие формы рецептурного бланка лекарственной прописи.*

Рецепт должен содержать следующие обязательные и дополнительные реквизиты.

Обязательные:

* штамп медицинской организации;
* дата выписки рецепта;
* Ф.И.О. больного и его возраст;
* Ф.И.О. врача;
* наименование и количество ЛС;
* подробный способ применения ЛС;
* подпись и печать врача.

Дополнительные -зависят от состава лекарственного средства,  формы рецептурного бланка.

*2)  Проверка правомочия лица, выписавшего рецепт.*

Лекарство должно быть назначено специалистом, который непосредственно ведет пациента. В случае оказания  скорой и неотложной медицинской помощи лекарственные средства назначаются врачом выездной бригады скорой медицинской помощи или врачом отделения неотложной помощи амбулаторно-поликлинического учреждения.

*3)Проверка правильности оформления прописи и способа применения ЛС*

- ЛП выписываются на латинском языке. Способ применения ЛС пишется на русском языке с указанием дозы, частоты, времени их употребления относительно приема пищи или сна.

- названия наркотических лекарственных средств, психотропных и ядовитых веществ, а также лекарственных средств списка А пишутся в начале рецепта

-Выписывание ЛП осуществляется мед.работником по международному непатентованному наименованию (МНН), а при его отсутствии - группировочному наименованию. В случае отсутствия МНН и группировочного наименования ЛП -по торговому наименованию.

- при необходимости экстренного отпуска лекарственного средства в верхней части рецептурного бланка проставляются обозначения cito или statum;

-разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений.

*4) Проверка совместимости ингредиентов в рецепте.*

В рецепте, требующем индивидуального изготовления, проверяется совместимость ингредиентов. Вопрос изменения состава, количества действующих веществ или замены одной лекарственной формы на другую решается по согласованию с  врачом, выписавшим рецепт.

*5) Проверка высших разовых и суточных доз с учетом возраста больного.*

Работник аптеки должен проверить высшие разовые (ВРД) и высшие суточные дозы (ВСД), основываясь на возрасте пациента.

*6)Проверка соответствия количества выписанного лекарственного средства.*

При поступлении экстемпорального рецепта в аптеку фарм. работник обязан отпустить лекарственное средство, находящееся на ПКУ, в половине высшей разовой дозы , если врач не соблюдал установленных правил оформления рецепта или превысил высшую однократную дозу. В некоторых случаях предусмотрено превышение установленных норм, что возможно при наличии указания врача на рецепте «По специальному назначению», заверенного подписью и печатью врача, а также печатью «Для рецептов». Инкурабельным онкологическим и гематологическим больным количество выписываемых в одном рецепте наркотических средств также может быть увеличено в 2 раза против установленных норм.

*7)Проверка срока действия рецепта*

В случае отсутствия у субъекта розничной торговли лекарственного препарата, указанного в рецепте, при обращении лица к субъекту розничной торговли рецепт принимается на обслуживание в следующие сроки:

* рецепт с пометкой “statim”(немедленно) обслуживается в течение 1 рабочего дня со дня обращения лица к субъекту розничной торговли;
* рецепт с пометкой “cito”(срочно) обслуживается в течение 2 рабочих дней со дня обращения лица к субъекту розничной торговли;
* рецепт на лекарственный препарат, входящий в минимальный ассортимент лекарственных препаратов для медицинского применения, обслуживается в течение 5 рабочих дней со дня обращения лица к субъекту розничной торговли;
* рецепт на лекарственный препарат, отпускаемый бесплатно или со скидкой и не вошедший в минимальный ассортимент лекарственных препаратов для медицинского применения, обслуживается в течение 10 рабочих дней со дня обращения лица к субъекту розничной торговли;
* рецепты на лекарственные препараты, назначаемые по решению врачебной комиссии, обслуживаются в течение пятнадцати рабочих дней со дня обращения лица к субъекту розничной торговли.
* Запрещается отпускать лекарственные препараты по рецептам с истекшим сроком действия, за исключением случая, когда срок действия рецепта истек в период нахождения его на отсроченном обслуживании.

**4.2 Если рецепт выписан с нарушением установленных правил:**

1. Рецептурный бланк гасится штампом «Рецепт недействителен»
2. Регистрируются в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, и возвращаются лицу предоставившему рецепт.

- выявленные нарушения в оформлении рецепта,

- фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, - наименование медицинской организации, - принятые меры.

1. Информация доводится до сведения руководителя медицинской организации

**4.3 Пример оформления записи в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры | ФИО специалиста аптечной организации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | 20.06.2020 | Городская клиническая больница № оо | Акулова А.С | Таблетки Сибутрамина 0.01 | Отсутствие даты выписки рецепта и подписи лечащего врача | Отправить пациента в ЛПУ на изменение рецепта | ВаньямоваИннаДмитриевна |

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения \_*10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

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

руб.|коп.| Rp.*Tabl.Sibutramini 0,01*

*..............D.t.d.№.60..........................*

*..............S.По 1 табл утром перед едой*........................

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

 (нужное подчеркнуть) (указать количествомесяцев)

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

**Виды работ:** ознакомление с организацией рабочего места по бесплатному и льготному отпуску**.** Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой.

**Нормативные документы для изучения:**

1.Федеральный закон от 17.07. 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

2.Постановление Правительства РФ от 30.07. 1994 г. N 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

3.Федеральная программа «7 нозологий».

4.Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

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

1)Проверка соответствия формы рецептурного бланка выписанному на нём лекарственному средству

2)Проверка наличия обязательных реквизитов рецепта:

-Штамп мед.орг

-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)Проверка наличия дополнительных реквизитов рецепта

-Код медицинской организации

-Код нозологической формы

-Код категории граждан

-%оплаты

-СНИЛС

-№полиса обязательного медицинского страхования

- Печать ЛПУ

-Номер, серия рецепта

-Номер амбулаторной карты или адрес больного

- ФИО и подпись уполномоченного лица мед.орг

-ФИО и подпись работника аптечной орг.

4) Определить правомочность лица, выписавшего рецепт

5) Оценка оформления прописи и способа применения

6)Проверка совместимости ингредиентов в рецепте

7)Определение срока действия рецепта

8)Заполнение корешка рецепта и выдача его пациенту

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое | Код АТХ | Формадополнительногорецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*% скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения в аптеке  |
| 1. | Glimepiridi 0,002D.t.d. N.30 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке утром | Глайм,Инстолит,Глемаз,Глемауно,Амарил М,Диамерид | А10ВВ12 | - | Больной сахарным диабетом | Краевой Скидка 100% | 30 дней | 3 года |
| 2. | Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день | КетановКеторолКетокам |  [M01AB15](https://www.vidal.ru/drugs/atc/m01ab15) | - | Ветеран боевых действий | ФедеральныйСкидка 100% | 90 дней | 3 года |
| 3. | Thiotropii bromidi 0,00018 D.t.d. N.30 S. По 1 капсулев сутки с помощью ингалятора ХандиХалер | Спирива | R03BB04 | - | Больные бронхиальной астмой | КраевойСкидка 100% | 90 дней | 3 года |
| 4. | Sol.Morphini 1% - 1mlD.t.d. N.60 in amp.S. Вводить под кожу по 1 мл при болях | Морфина сульфат, Омнопон, МСТ Континус | NO2AA51 | 107-1/у НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой Скидка 100% | 15 дней | 5 лет |
| 5. | Metamizoli natrii 0,3Phenobarbitali 0,01Coffeini 0,05Codeini 0,008D.t.d. N.10 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Сантотитралгин | **N02BB72** | 148-1/у-88 | Ветеран труда Красноярского края | Краевой Скидка 50% | 15 дней | 3 года |
| 6. | Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N.30 in tab.S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Корвалол форте,Андипал, Корвалол,Триалгин,Седал-М | **N03AA02** | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой Скидка 100% | 15 дней | 5 лет |
| 7. | Sol.Buprenorphini 0,03% - 1 mlD.t.d. N.10 in amp.S. Вводить по 1 мл | Бупраксон,Бупранал,Транстек | **N02AE01** | 107-1/у НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой Скидка 100% | 15 дней | 5 лет |
| 8. | Tabl.Ipidacrini 0,02D.t.d №50S.По 1 таблетке 2 р/сут | АксамонНейромидин | N06DA05 | - | Дети-инвалиды | Федеральный |  | 3 года |
| 9. | Acicloviri 200mgD.t.d №20 in tabS.По 1 таблетке 3 р в день | Ацигерпин |  [D06BB03](https://www.vidal.ru/drugs/atc/d06bb03) | - | Женщины в период беременности | Федеральный бюджетСкидка 100% | 90 дней | 3 года |
| 10 | Lactulosae 500 mlD.S. Внутрь по 30мл 2 раза в день | ДюфолакДинолак | A06AD11 | - | Инвалид II группы | Федеральный Скидка 100% | 30 дней | 3 года |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 328  | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:Glimepiridi 0,002... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |  | D.t.d. ..№30 in tab. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | Signa: .Внутрь по 1 таблетке утром.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №328 |   | Торговое наименование и дозировка:Глайм 0.002 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке утром |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Глайм  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.002 |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0.002 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 329 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Thiotropii bromidi 0.00018.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. ..№ 30 in caps... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора ХандиХалер.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №329 |   | Торговое наименование и дозировка: Спирива 0.00018 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора Ханди Халер |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Спирива  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.00018  |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0.00018 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 331 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Metamizoli natrii 0,3 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .Phenobarbitali 0,01.. Coffeini 0,05 |
|   |   | ... ... .Codeini 0,008.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. №.10 in tab..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: По 1 таблетке 2 р в день.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №331 |   | Торговое наименование и дозировка: Сантотитралгин №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения:  |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Сантотитралгин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: №10 |   |   | 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 |

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *04.01.1977*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки *Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:Metamizoli natrii 0,3

 *Phenobarbitali 0,01*

................................Coffeini0,05 ................................Codeini 0,008...........

................................D.t.d№10.in tab ................................S.По 1 таблетке 2 р в день...........

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №1 отпустила:

Табл. Сантотитралгин №10 1 уп

Ваньямова И.Д 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 332 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Phenobarbitali 0,1... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ....  |
|   |   | ... ... . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. №.30. in tab..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: Внутрь по 1 таблетке на ночь... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №332 |   | Торговое наименование и дозировка: Фенобарбитал 0,1 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке на ночь |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Фенобарбитал | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка:0,1 |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,1 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *04.01.1977*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №2

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки

*Акулова А.С*

Руб. Коп. Rp:Phenobarbitali 0,1

 D.t.d №30

 S.Внутрь по 1 таблетке на ночь

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №1 отпустила:

Табл. Фенобарбитал 0,1 №10 3 уп

Ваньямова И.Д 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 333 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Sol.Buprenorphini 0,03%-1 ml.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ....  |
|   |   | ... ... . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d.№10 in amp... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa:.Вводить по 1 мл.при болях. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №333 |   | Торговое наименование и дозировка: Бупраксон 0.03%-1ml №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 мл при болях |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,03%-1ml |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,03 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*22"06"2020*г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Павловна*

Возраст *50*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№1*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Акулова Анастасия Сергеевна*

Rp:*Sol.Buprenorphini 0.03%-1 ml*

 *D.t.d №.10*

 *..S.По 1 мл при болях* ................................................................

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Лейкина Татьяна Александровна* 

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупраксон 0,03%-1мл №10 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 22.06.2020*

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Анатольевна*

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

 М.П.

 Срок действия рецепта 15 дней

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

При отпуске ЛП , фармацевт делает отметку: о наименовании лекарственного средства, дозировке, способе применения. Указывает наименование аптечной организации и ставит свою подпись в строке «отпустил». Корешок выдается покупателю.
При выписке лекарственного средства по решению клинико-экспертной комиссии на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).
В аптечной организации остаются и хранятся рецепты (с отметкой "Лекарственный препарат отпущен") на лекарственные препараты, отпускаемые бесплатно или со скидкой, - в течение трех лет.

**Копии рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов, оформленных к отпуску в аптеке.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 328  | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:Glimepiridi 0,002... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | D.t.d. ..№30 in tab. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | Signa: .Внутрь по 1 таблетке утром.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №328 |   | Торговое наименование и дозировка:Глайм 0.002 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке утром |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Глайм  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.002 |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0.002 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|   |   |  отпущен |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 329 | Дата оформления: |  2 | 2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Thiotropii bromidi 0.00018.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   | ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. ..№ 30 in caps... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора ХандиХалер.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №329 |   | Торговое наименование и дозировка: Спирива 0.00018 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора Ханди Халер |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Спирива  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0.00018  |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0.00018 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 331 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Metamizoli natrii 0,3 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .Phenobarbitali 0,01.. Coffeini 0,05 |
|   |   | ... ... .Codeini 0,008.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. №.10 in tab..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: По 1 таблетке 2 р в день.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №331 |   | Торговое наименование и дозировка: Сантотитралгин №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения:  |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Сантотитралгин | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: №10 |   |   | 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 |

 ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *04.01.1977*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки *Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:Metamizoli natrii 0,3

 *Phenobarbitali 0,01*

................................Coffeini0,05 ................................Codeini 0,008...........

................................D.t.d№10.in tab ................................S.По 1 таблетке 2 р в день...........

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №1 отпустила:

Табл. Сантотитралгин №10 1 уп

Ваньямова И.Д 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 332 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Phenobarbitali 0,1... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ....  |
|   |   | ... ... . ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  D.t.d. №.30. in tab..... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa: Внутрь по 1 таблетке на ночь... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №332 |   | Торговое наименование и дозировка: Фенобарбитал 0,1 №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 3 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: Внутрь по 1 таблетке на ночь |   |
| Наименованиелекарственного препарата: Фенобарбитал | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка:0,1 |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,1 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

 ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

 Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

Медицинской орагнизации

 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 *0 0 4 1 N 9 8 6*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*22\_\_" \_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Датарождения *04.01.1977*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №2

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки

*Акулова А.С*

Руб. Коп. Rp:Phenobarbitali 0,1

 D.t.d №30

 S.Внутрь по 1 таблетке на ночь

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

Подпись и печать лечащего врача    М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Аптека №1 отпустила:

Табл. Фенобарбитал 0,1 №10 3 уп

Ваньямова И.Д 22.06.2020 



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА  | УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот "\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_ |
| Штампмед оргКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| медицинской организации |   |   |
|  1 |  8 |  5 |  9 |  3 |  2 |  4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |
| ШтампКод |   |   |   |   |   |   |   |   |
| индивидуального предпринимателя |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Код формы по ОКУД 3108805 |

|  |
| --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |   |
|  0 |  1 |  3 |  6 |  4 |  0 |  . |  0 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно2. 50%3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия |  АО | N | 333 | Дата оформления: |  2 |  2  |   |  0 |  6 | 2020г. |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)пациента Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  0 |  4 |   |  0 |  1 |   |  1 |  9 |  9 |  7 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 0  | 0  |  3 |  2 |  1 |  5 | 5  | 5  |  9 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| N полиса обязательного медицинского страхования: |  2 |  0 |  0 |  3 |  8 |  8 |  1 |  1 |  6 | 0  |  0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
|  №1 |   |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)лечащего врача (фельдшера, акушерки) Акулова А.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. |  Коп . |  Rp:.Sol.Buprenorphini 0,03%-1 ml.. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...  |
|   |   |  |
|   |   |  D.t.d.№10 in amp... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... |
|   |   |  Signa:.Вводить по 1 мл.при болях. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... . |
|   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача(подпись фельдшера, акушерки) https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/2056989/425e8031-8de1-4395-a790-6c530f187080/s1200?webp=falseврачдля рецептов |   | М.П. |

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

|  |
| --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- |
| Отпущено по рецепту: №333 |   | Торговое наименование и дозировка: Бупраксон 0.03%-1ml №10 |
|   |   |
| Дата отпуска: "22\_\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_ 2020\_\_ г. | Количество: 1 уп |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: https://avatars.mds.yandex.net/get-pdb/195449/5c737763-1320-47d4-8735-4f257f419e8c/s1200?webp=false |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |   | Способ применения: По 1 мл при болях |   |
| Наименованиелекарственного препарата:  | Продолжительность | 30  | дней |
|   |  |
| Дозировка: 0,03%-1ml |   |   | Количество приемов в день: |  1 | раз |
|   | На 1 прием: |  0,03 | ед. |
|   |   |   |   |

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*22"06"2020*г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Павловна*

Возраст *50*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№1*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Акулова Анастасия Сергеевна*

Rp:*Sol.Buprenorphini 0.03%-1 ml*

 *D.t.d №.10*

 *..S.По 1 мл при болях* ................................................................

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Лейкина Татьяна Александровна* 

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупраксон 0,03%-1мл №10 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 22.06.2020*

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Анатольевна*

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

 М.П.

 Срок действия рецепта 15 дней

**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.

**107-1/у**

1) Проверка наличия основных реквизитов (для всех рецептурных бланков)

· 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 (на 107-1/у – 60дн -1 года)

2) При выписывании медицинским работником рецептов на готовые ЛП, разрешается устанавливать срок действия рецепта в пределах до одного года и превышать рекомендуемое количество ЛП (установленное приложением N 2 к Приказу 1175н) для выписывания на один рецепт.

При выписывании таких рецептов медицинский работник делает пометку "Пациенту с хроническим заболеванием", 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".

**148-1/у-88**

1) Бланк оформляется штампом МО, подписью, личной печатью врача и печатью «Для рецептов».

2)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.

3) 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".

5) 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.

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

При необходимости экстренного отпуска ЛС в верхней части рецептурного бланка проставляются обозначения cito или statum (для все рец. бланков).

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Tabl.Glicini 100mg

*..............D.t.d.№.10 ..........................*

*..............S.По 1 таблетке 2 р в день*.........................

*.........................*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Таблетки Глицин 100 мг №10 1 уп*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Sol.Atropini sulfatis 0,1%-1 ml

*..............D.t.d.№.10 in amp ..........................*

*..............S.По 1 мл подкожно*........................

*.........................*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Раствор Атропина 0.1%-1мл №10 1 уп*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

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 *0 0 4 2 N 9 8 7*

 └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "23\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_2020 г.

 (дата оформления рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

Пациента *Иванова Т.П*

Дата рождения *10.03.1971*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *№3*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)*АкуловаА.С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Руб. Коп. Rp:Sol.Tropicamidi 0.5%-5ml

*................................D.t.d.№2.....................................*

 S.По 1 капле 2 р в день

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

Подпись и печать лечащего врача   М.П.

(подпись фельдшера, акушерки) 

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*Аптека №1 отпустила:*

*Раствор Тропикамида 0.5%-5мл №2 фл*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.20* 



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Omeprazoli 20 mg

*..............D.t.d.№30 in caps.gelatinosi..........................*

*..............S.Внутрь по 1 капсуле 1 р в день после* ........................

*...............после еды..........*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Капсулы Омепразол 20 мг №30 3 уп*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Sir.Ambroxoli 0,6-150 ml

*..............D.S.Внутрь после еды 2-3 р/сут........................*

*...............*........................

*...................*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Сироп Амброксол* 0,6-150 ml 1 фл

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Tabl.Ketorolaci 10 mg

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

*............. S.Внутрь однократно,до 4 р в сутки.*........................

*...................*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Таблетки Кеторолак 10 мг №20 2 уп*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



**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.**

При отпуске наркотического и психотропного лекарственного препарата списка II на рецепте об отпуске лекарственного препарата проставляется печать аптеки или аптечного пункта, в которой указано их полное наименование (при наличии печати).

 После отпуска наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II, в том числе в виде трансдермальных терапевтических систем, психотропных лекарственных препаратов списка III лицу, получившему лекарственный препарат, выдается сигнатура с желтой полосой в верхней части и надписью черным шрифтом на ней «Сигнатура», в которой указываются:

-наименование и адрес местонахождения аптеки или аптечного пункта;

-номер и дата выписанного рецепта;

-фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, для которого предназначен лекарственный препарат, его возраст;

-номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для которого предназначен лекарственный препарат;

-фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, его контактный телефон либо телефон медицинской организации;

-содержание рецепта на латинском языке;

-фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись фармацевтического работника, отпустившего лекарственный препарат;

-дата отпуска лекарственного препарата.

При отпуске иммунобиологического лекарственного препарата на рецепте или корешке рецепта, который остается у лица, приобретающего (получающего) лекарственный препарат, указывается точное время (в часах и минутах) отпуска лекарственного препарата.

Отпуск иммунобиологического лекарственного препарата осуществляется лицу, приобретающему (получающему) лекарственный препарат, при наличии у него специального термоконтейнера, в который помещается лекарственный препарат, с разъяснением необходимости доставки данного лекарственного препарата в медицинскую организацию при условии хранения в специальном термоконтейнере в срок, не превышающий 48 часов после его приобретения.

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

 Медицинская документация

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)

 " *23\_\_" \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_ 2020*\_\_ г.

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

пациента *Иванова Т.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *10.03.1971\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Акулова А.С*

руб.|коп.| Rp.Sol.Gamma Immunoglobulini hyman 1,5 ml

*..............D.t.d №.10 in amp.......................*

*............. S.Внутримышечно однократно*........................

*...................*

*.....................................*

*-------------------------------------------------------*

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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**

*Аптека №1 отпустила:*

*Раствор Иммуноглобулин 1.5 мл №10 амп 18:33*

*Ваньямова И.Д*

*23.06.2020*



Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/)

Российской Федерации Медицинская документация

 **Форма N 107/у-НП**,

 **утвержденная приказом**

 **Министерства здравоохранения**

 **штамп медицинской организации Российской Федерации**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_

 

 **РЕЦЕПТ**

 /-------\ /-----------\

 Серия |*0 |0 |5 |8 | N |1 |0 |7* | | | |

 \-------/ \-----------/

 "*23"06"2020*г.

 (дата выписки рецепта)

 (*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Иванова Татьяна Павловна*

Возраст *50*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0615 *612358*

Номер медицинской карты *№1*

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки)*Акулова Анастасия Сергеевна*

Rp:*Sol.Buprenorphini 0.03%-1 ml*

 *D.t.d №.10*

 *..S.По 1 мл при болях* ................................................................

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

 М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Лейкина Татьяна Александровна* 

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупраксон 0,03%-1мл №10 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 22.06.2020*

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации *Иванова Любовь Анатольевна*

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

 М.П.

 Срок действия рецепта 15 дней

**Сигнатура**

Название органа управления

здравоохранением или

фармацевтической деятельностью

субъекта Российской Федерации

Наименование или N аптечного учреждения (организации)*ГПКК Аптека №1* ............

....................................... Рецепт *N .2*...............

Ф.И.О. и возраст больного *Иванова Т.П.50 лет........................................*

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

Адрес или номер медицинской амбулаторной карты *№3*...................

Ф.И.О. врача, телефон лечебно-профилактического учреждения *Акулова А.С.......*

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

Содержание рецепта на латинском языке ............................

.............. Rp:*Sol.Buprenorphini 0.03%-1 ml*

*D.t.d №.10*

*..              S.По 1 мл при болях*

*..............................................................*

*.............................................................*

*.................... ........................................*

*...................*..................

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

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

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

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

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

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

Приготовил .. .....................................................

Проверил . ........................................................

Отпустил .........................................................

Дата *26.06.20..............*

Цена ..............

**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»( у посетителя аптеки или у его близких)

«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, например: "Запейте стаканом воды", "Принимайте через час после еды" и т.д;

- 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 ( с точки зрения фармацевта и пациента) решения***

***10)Отпуск ЛП(или отказ от него)***

Пример 1:

П-Здравствуйте!

Ф-Добрый день!

П-Посоветуйте что-нибудь от насморка

Ф-Вы берете для себя?

П-Да

Ф-Что-то в нос уже капали?

П-Нет. Дышал ингалятором. Он не помогает

Ф-Как проявляется насморк? Нос заложен или течет?

П-Днем течёт ,ночью заложен

Ф-Что-то ещё , помимо насморка беспокоит?(Температура кашель боль в горле?)

П-Нет

Ф-А у вас какие-то хронические заболевания есть? Давление ?

П- Давление скачет. Пью Энап

Ф- Тогда я вам порекомендую Отривин Море форте. Это спрей на основе натуральной морской воды. Соли тянут на себя избыток воды, и за счет этого уменьшается отек, золоженность носа сниметь и течь из носа убирает.  Он содержит также масло эвкалипта, которое уничтожает микробов. На Эвкалипт аллергии нет?

П-нету. А сколько будет стоить?

Ф- 360 рублей. Носовые платочки не нужны? Они у нас по 10 р.

П-Хорошо ,давайте

Ф- Итак, с вас 370 рублей . Отривин применяйте до 6 раз в день. Перед использованием высморкайтесь.

П-хорошо

Ф-Всего доброго, не болейте!

П- Спасибо,до свидания!

Пример 2:

П-Добрый день! Посоветуйте что-нибудь от кашля. Совсем невозможно спать

Ф-Здравствуйте! Какой у вас кашель?(сухой или влажный)Горло не болит?

П- Сухой. Горло першит. Сильной боли нет

Ф-Налетов нет?

П-Нет

Ф- В таком случае я рекомендую Вам, прежде всего противовоспалительное средство для горла. Что Вы предпочитаете: таблетки, раствор, спрей?

П-таблетки

Ф- Даю Вам Тантум Верде. Он оказывает противовоспалительное действие и в отличие от других таблеток для горла, принимается всего 3-4 раза в день. Таблетку нужно держать во рту до полного рассасывания. А на ночь еще посоветую вам принимать таблетку Либексина. Либексин снижает чувствительность рецепторов дыхательных путей к внешним раздражителям, и кашель ночью не будет Вас беспокоить.

П-Хорошо, сколько к оплате?

Ф-К оплате 480 р. Носовые платочки одноразовые не нужны?

П-Нет , спасибо.

Ф- Ваши 500. Сдача 20 рублей. Всего доброго, не болейте!

П-Спасибо, до свидания!

**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.орг

-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(таблетки, мази, суппозитории)

-вид упаковки( флаконы, тубы, коробки)

-способ применения

-кол-во 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

Штамп Медицинской организации

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **1** |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация |  Городская клиническая больница №5 | 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 |
| 25.06.2020 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Иванова И. И. | Разрешил | Главный врач (подпись) Светлова 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: Sol. Morphini 0, 01 - 10ml №5 D.S.Внутримышечно |  |  | Уп. | 10 | 10 | 123,00 | 1230,00 |  |
| Sol. Trimeperidini 2%- 1,0 № 5D.S.Внутримышечно |  |  | Уп. | 10 | 10 | 112,00 | 1120,00 |  |
| Sol. Fentanyli 0,005% - 2,0 №5 D.S.Внутримышечно |   |  | Уп. | 10 | 10 | 197,00 | 1970,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 4320,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав.аптекой |  | подпись |  | Ваньямова И.Д | **Получил** | Мед. сестра |  | подпись |  | Иванова И. И. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Штамп Медицинской организации

Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **2** |  | Коды |
| Форма по ОКУД | 0315006 |
| Организация |  Городская клиническая больница №5 | 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 |
| 25.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Иванова И. И. | Разрешил | Главный врач (подпись) Светлова 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: Sol. Ketamini 5% - 2,0 №5D.S. Внутривенно |  |  | Уп. | 5 | 5 | 345,00 | 1725,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 1725,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав. атекой |  | подпись |  | Ваньямова И.Д. | **Получил** | Мед. сестра |  | подпись |  | Иванова И. И. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

**Ситуационные задачи**

*Двое в очереди в аптеке поговорили о депрессине - препарате, который хорошо понижает давление крови у одного из них. Второй тут же обращается к фармацевту: «Дайте и мне флакон депрессина». Фармацевт объясняет, что для этого нужен рецепт врача. Больной возмущается: «К чему такие формальности?». Что следует в этой ситуации делать фармацевту?*

**-**Фармацевту нужно объяснить пациенту, что препарат является очень серьёзным.Он имеет много противопоказаний и может вызвать немало побочных реакций. Именно поэтому он отпускается строго по рецепту.

Поэтому, больному следует сказать «Обратитесь, пожалуйста, к врачу. Если он посчитает, что это лекарство Вам при Вашем заболевании необходимо, я Вам с удовольствием его отпущу» А если покупатель начнет говорить ,что этот препарат ему очень нужен или «я схожу к врачу и принесу вам рецепт», то нужно сказать ,что существует закон отпуска лекарственных препаратов, и вы не можете его нарушать, иначе рискуете потерять работу.

*Больной подал фармацевту рецепт, в котором неразборчиво написано лекарство, и фармацевт внимательно вчитывается в него, но больной торопит провизора, обвиняет в медлительности. Что надо сказать больному? Что следует в этой ситуации делать фармацевту?*

**-**В первую очередь , нужно извиниться перед пациентом и сказать, что почерк врача неразборчев и попросить спокойно подождать больного, так как в этой ситуации спешка не к чему . А фармацевту следует обратиться за помощью ко второму напарнику, либо же позвонить врачу и спросить ,что он хотел выписать больному.

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося Ваньямова Инна Дмитриевна

Группа 203 Специальность Фармация

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17.06 по 30.06.2020г

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 | 12 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 3 |
| 3 | Таксирование рецептов | 0 |
| 4 | Таксирование требований | 0 |
| 5 | Фасовочные работы | 0 |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента | 0 |
| 7 | Прием товара по количеству (указать количество товарных накладных) | 0 |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) | 0 |

Студент  Ваньямова

 (подпись) (ФИО)

Общий/непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

«29» \_\_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. м.п.