# ФГБОУ ВО КрасГМУим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

# Фармацевтический колледж

# 

# **ДНЕВНИК**

# **производственной практики**

# МДК 03.01 Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений.

# ПМ.03 Организация деятельности структурных подразделений аптеки и руководство аптечной организацией при отсутствии специалиста с высшим образованием

# Ф.И.О Трачук Дамира Андреевича \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

# (медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

# с «17» июня\_\_\_ 2020\_ г. по «30» июня\_\_\_2020 г.

# Руководители практики:

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

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

# Методический – Ф.И.О. (его должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# 

# 

# 

# Красноярск 2020 г.

## **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).

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# 

# **Цель и задачи прохождения производственной практики**

# **Цель** производственной практики по МДК 03.01 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, соблюдение требований санитарного режима, охраны труда и техники безопасности.

# 

# **2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.**

# 

# **Приобрести практический опыт:**

# - соблюдения требований санитарного режима, охраны труда, техники безопасности;

# - ведения первичной учетной документации.

# 

# **Освоить умения:**

# - организовывать прием, хранения, учет, отпуск лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента в организациях оптовой и розничной торговли;

# - организовывать работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности;

# - формировать социально-психологический климат в коллективе;

# - пользоваться компьютерным методом сбора, хранения и обработки информации, применяемой в профессиональной деятельности, прикладными программами обеспечения фармацевтической деятельности.

# 

# **Знать:**

# - федеральные целевые программы в сфере здравоохранения, государственное регулирование фармацевтической деятельности;

# - порядок закупки и приема товаров от поставщиков.

# - хранение, отпуск (реализация) лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента.

# - основы фармацевтического менеджмента и делового общения.

# - законодательные акты и другие нормативные документы, регулирующие правоотношения в процессе профессиональной деятельности.

# 

# **Прохождение производственной практики направлено на формирование следующих общих (ОК) и профессиональных (ПК) компетенций:**

# ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

# ОК 2. Организовывать собственную деятельность, определять методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность качество.

# ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

# ОК 4. Осуществлять поиск и использования информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач профессионального и личностного развития.

# ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

# ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

# ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), результат выполнения заданий.

# ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития. Заниматься самообразованием, осознанно планировать повышения квалификации.

# ОК 9. Ориентироваться в условиях частной смены технологии в профессиональной деятельности.

# ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

# ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

# ОК 12. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

# ПК 1.6. Соблюдать правила санитарно-гигиенического режима, охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности.

# ПК 1.7. Оказывать первую медицинскую помощь.

# ПК 1.8. Оформлять документы первичного учёта.

# ПК 3.1. Анализировать спрос на товары аптечного ассортимента.

# ПК 3.3. Оформлять заявки поставщикам на товары аптечного ассортимента.

# ПК 3.5. Участвовать в организации оптовой торговли.

# 

# 

# 

# **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 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 | Времяначала работы | Время окончания работы | Наименование работы | Оценка/Подпись руководителя |
| 17.06.20. |  |  | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций |  |
| *18.06.20.* |  |  | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций |  |
| *19.06.20.* |  |  | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций |  |
| *20.06.20.* |  |  | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *22.06.20.* |  |  | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *23.06.20.* |  |  | Организация безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. |  |
| *24.06.20.* |  |  | Проведения фасовочных работ в аптечных организациях. |  |
| *25.06.20.* |  |  | Порядок составления заявок на товары аптечного ассортимента оптовым поставщикам. |  |
| *26.06.20.* |  |  | Порядок приема товара в аптечных организациях. |  |
| *27.06.20.* |  |  | Порядок приема товара в аптечных организациях. |  |
| *29.06.20.* |  |  | Порядок приема товара в аптечных организациях. |  |
| *30.06.20.* |  |  | Порядок приема товара в аптечных организациях. |  |

# **5. Инструктаж по технике безопасности.**

# Приложить страницы журналов вводного и первичного инструктажа с подписью студента.

# **6. Содержание и объем проведенной работы.**

# Задание 1.

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Стол с выдвижными ящиками | Для работы |
| Стул | Для работы |
| Шкафы | Хранения лекарственных препаратов;  отдельный шкаф для хранения СДЯВ |
| Сейф | Хранение НСПВ |
| Холодильник | Хранение термолабильных лекарственных препаратов. |
| Компьютер с программой 1С:Аптека | Поиск информации о лп , его наличии и месте хранения. |
| Средства механизации и оргтехники(калькуляторы, набор штампов, нумератор, микрофонная связь и другие приспособления). | Для работы |
| издание Государственной Фармакопеи | Устанавливает нормы качества лекарственного сырья — медицинских субстанций, вспомогательных веществ, диагностических и лекарственных средств и изготовленных из них препаратов. |
| Справочник лекарственных средств (Государственный реестр ЛС) с указанием их синонимов и способов употребления | Краткое изложение сведений в систематической форме. |
| Отдельные приказы Минздрава РФ | Нормы обязательные для исполнения . |
| Учетные документы (рецептурный журнал или квитанционный журнал, журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов и др.) | для учета |
| Диван | для отдыха покупателей |
| Тонометр | для измерения пульса |

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Стол с выдвижными ящиками | Для работы |
| Стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой | Для работы |
| Шкафы | Хранения лекарственных препаратов;  отдельный шкаф для хранения СДЯВ. |
| Сейф | Хранение НСПВ. |
| Холодильник | Хранение термолабильных лекарственных препаратов |
| Компьютер с программой 1С:Аптека | Поиск информации о лп , его наличии и месте хранения. |
| Вертушка | Для изготовленных лекарственных средств. |
| Средства механизации и оргтехники(калькуляторы, набор штампов, нумератор, микрофонная связь и другие приспособления). | Для выполнения рабочих функций |
| Последнее издание Государственной Фармакопеи | Устанавливает нормы качества лекарственного сырья — медицинских субстанций, вспомогательных веществ, диагностических и лекарственных средств и изготовленных из них препаратов. |
| Литература по совместимости и взаимодействию лекарственных средств | Информирование работника о совместимости и взаимодействию лекарственных средств. |
| Таблицы высших разовых и суточных доз; | Таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах;  Таблицы растворимости препаратов. |
| Действующий прейскурант  Сборник цен (тарифов) по группам и видам товаров . | Для работы |
| Отдельные приказы Минздрава РФ и инструктивные материалы | Нормы обязательные для исполнения . |
| Справочник лекарственных средств (Государственный реестр ЛС) с указанием их синонимов и способов употребления | Краткое изложение сведений о ЛС в систематической форме |
| Учетные документы (рецептурный журнал или квитанционный журнал, журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов и др.) | Учет рецептов;Учет неправильно выписанных рецептов |

# Задание 2.

1)Назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой.

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

3)При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях назначение лекарственных препаратов производится без оформления рецепта медицинским работником единолично.

4)Назначение лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии при оказании первичной медико-санитарной помощи, паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях производится в случаях:

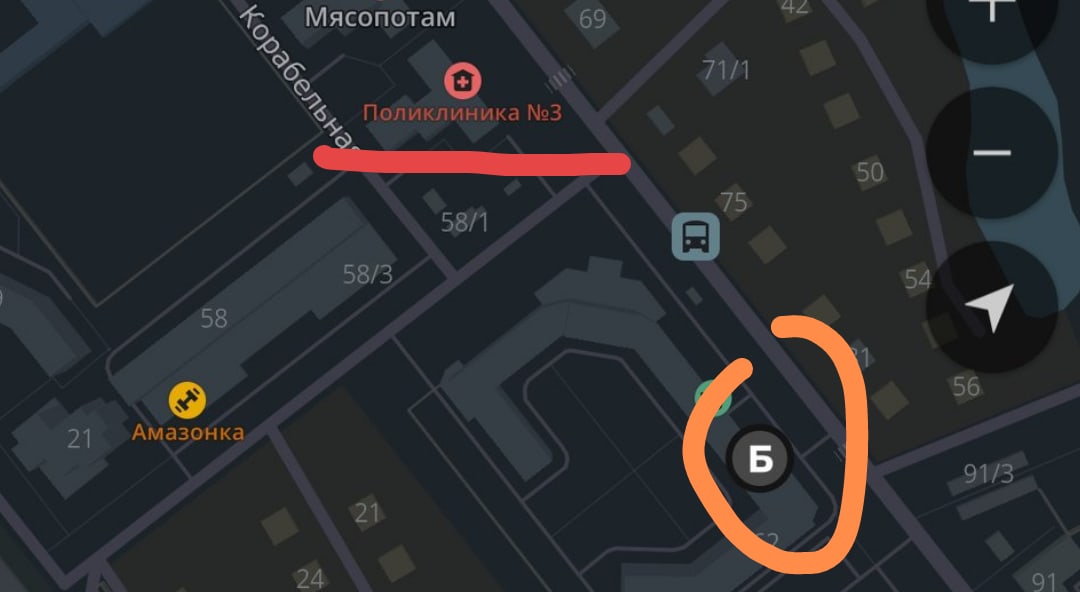
а) одновременного назначения одному пациенту пяти и более лекарственных препаратов в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение одного месяца;

б) назначения лекарственных препаратов при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности лечения пациента и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента;

в) первичного назначения пациенту наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III Перечня (в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения таких лекарственных препаратов с врачебной комиссией).

4)Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, запрещено выписывать рецепты на лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Задание 2.2

Б-аптека

Поликлиника №3

АО “Губернские аптеки”

Аптека №273

Государственная форма собственности

Отделы:

ГЛФ

льготный отдел

отдел запасов

Ассортимент:

БАД

Парфюмерно-Косметическая продукция

Изделия медицинского назначения

ЛС

Средства ухода и гигиены

Реактивы и диагностические средства

Минеральные воды

Детское питание

Режим работы:8:00-22:00

# Задание 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | + | + | + | + |
| Отметка категории пациента | + | + | + | - |
| Дата | + | + | + | + |
| ФИО больного | + | + | + | + |
| Подпись врача | + | + | + | + |
| ФИО врача | + | + | + | + |
| Личная печать врача | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Штрих-код | + | + | + | + |
| Печать “Для рецептов” | - | + | + | + |
| Серия и № рецепта | - | + | + | + |
| Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента \больного | - | + | + | + |
| серия № полиса ОМС | - | - | + | + |
| ФИО и подпись руководителя МО | - | - | + | - |
| Код категории граждан | - | - | - | + |
| СНИЛС гражданина | - | - | - | + |
| Источник финансирования | - | - | - | + |
| % оплаты | - | - | - | + |
| код нозологической формы | - | - | - | + |

Задание 3 таблица 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 |
| *1* | *Промедол, табл.* | тримепередин | опиоидные наркотические анальгетики  АТХ N01AH | пп №681  сп 2 | 107\у-НП | 5 лет | 50 |
| 2 | Дюрогезик Матрикс, ТТС | Фентанил | опиоидные наркотические анальгетики  АТХ NO2ABO | пп 681  сп 2 | 148-1\у-88 | 5 лет | 10-20 |
| 3 | Сомнол, табл. | Зопиклон | Снотворное ср-во АТХ NO5CF01 | пп 964 | 148-1\у-88 | 3 года | - |
| 4 | Клофелин, р-р д/вв | Клонидин | Альфа-адреномиметики атх-С02АС01 | пп 964 | 148-1\у-88 | 3 года | - |
| 5 | Фенибут, табл. | Аминофенилмасляная кислота | Ноотропное ср-во АТХ-N06BX22 | не стоит на ПКУ | 107-1\у | 1 год | - |
| 6 | Тропикамид, глаз.капли | Тропикамид | м-холинолитики  атх-S01FA06 | пр 183н  иные | 148-1\у-88 | 3 года | - |
| 7 | Амитриптилин, табл. | амитриптилин | Антидепрессант атх-N06AA09 | не стоит на ПКУ | 107-1\у | 1 год | - |
| 8 | Терпинкод табл | Кодеин+Натрия гидрокарбонат+Терпингидрат | Противокашлевое средство в комбинациях  АТХ R05FA02 | пр 562  пункт 5 | 148-1\у-88 | 3 года | - |
| 9 | Тетралгин табл**.** | Кофеин+метамизол натрия+Фенобарбитал | НПВС  АТХ N02BB72 | пр 562  пункт 5 | 148-1\у-88 | 3 года | - |
| 10 | Ларигама, табл. | Пиридоксин+Тиамин+Цианокаболомин+Лидокаин | Витамины и витаминоподобные ср-ва в комбинациях  АТХ N07XX | не подлежит пку | 107-1\у | 1 год | - |

# 

# Задание 4.

4.1.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Нтамп) 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" июня 2020 г.

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

пациента Иванов И.И.

Дата рождения 11.11.2000

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров С.В.

руб.|коп.| Rp.:Belladonnae 0.003

...............Phenobarbitali 0,02

...............Ergotamini 0.003

D.t.d.N. 30 in tab.

S.По 1 таблетке 2 р\с

Подпись М.П.()

и печать лечащего врача

(Петров С.В.)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Н 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" июня 2020 г.

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

пациента Иванов И.И.

Дата рождения 11.11.2000

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров С.В.

руб.|коп.| Rp.:Тabl.Valsartani 0.08

D.t.d.N. 30 in tab.

S.По 1 таблетке 2 р\с

Подпись  (Личная печать врача)

и печать лечащего врача

(Петров С.В.)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805

Медицинская документация

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

 Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 2 3 4 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "20" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_1999.10.10\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_1334\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров С.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Codeini 0.008

................................Coffeini 0.05

............................. Methamizoli natrii 0.3

................................Naproxeni 0.1

................................Phenobarbitali 0.01.........

D.t.d. N. 20 in tab.

S. по 1 таблетке при болях

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



Подпись и печать лечащего врача ецептов)

(подпись фельдшера, акушерки)(Петров С.В.) (лрача)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805

Медицинская документация

 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 1 2 3 4 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "20" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Смирнов В.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_1997.09.118\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_1234\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)Пупкин В.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonidini 0.00015

D.t.d. N. 20

S. по 0.5 таблетки 3р\с

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



Подпись и печать лечащего врача М.П.(для рецептов)

(подпись фельдшера, акушерки)(Петров С.В.) (личная печать врача)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

 Российской Федерации

от \_\_\_\_\_01.08.2012\_ N \_\_\_54н\_\_\_\_

РЕЦЕПТ

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия 1 2 │3│4│ N │1│1│1│1│1│1│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"20" июня 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_\_Васильев И.Г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0101 0205

Номер медицинской карты 2121221\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_Головин В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: Sol.Buprenorphini 0.001

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

....S. В\В медленно по 300 мкг с интервалом 6-8 часов......................................................

Подпись и личная печать врача

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

Личная печать.печать для рецептов

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_Яковлева \_\_\_\_\_\_

(Печать уполномоченного МО) М.П.

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

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

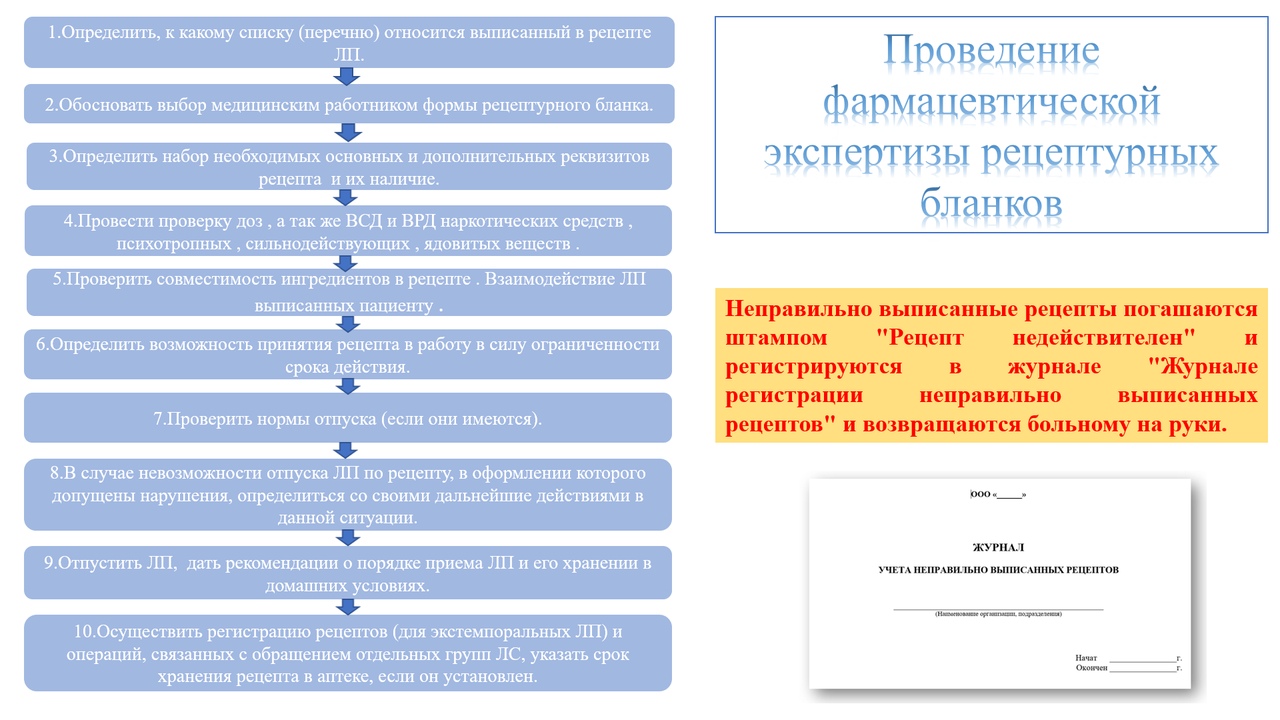
Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

задание 4.2



4.3

Рецепты, выписанные с нарушением установленных правил <14>, регистрируются в журнале, в котором указываются выявленные нарушения в оформлении рецепта, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, наименование медицинской организации, принятые меры, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт. О фактах нарушения правил оформления рецептов субъект розничной торговли информирует руководителя соответствующей медицинской организации.

4.4

**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** | **Больница №1** | **Машкова С.В.** | **Таблетки спирамицина 0,1** | **Препарат выписан по торговому названию** | **Отпраить пациента на изменение рецепта** | **Кулакова В.И.** |

Задание 1

* соответствие формы дополнительного рецептурного бланка выписанному на льготном рецепте (если такой нужен)
* наличие необходимых реквизитов (штамп и код ЛПУ, с указанием наименования ЛПУ, его адреса и телефона;
* 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.
* код категории граждан и код нозологической формы
* Источник финансирования
* % скидки
* серия и номер рецепта
* СНИЛС № полиса ОМС
* правомочность лица, выписавшего рецепт;
* срок действия рецепта;
* совместимость ингредиентов;
* соответствие доз возрасту больного;
* соответствие выписанных количеств лекарственных средств установленным нормам отпуска

Задание 2

Заполните таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Форма  дополнительного  рецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*  % скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
| 1. | Sol.Buprenorphini 0,03% - 1 ml  D.t.d. N.10 in amp.  S. Вводить по 1 мл подкожно при болях | Бупранал | NO2AE01 | 107\у-нп | Больной онкологическим заболеванием | Краевой  100% | 15 дней | 5 лет |
| 2. | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | Фенобарбитал | NO3AA02 | 148-1\У-88 | Больной эпилепсией | Краевой  100% | 15 дней | 3 года |
| 3. | Metamizoli natrii 0,3  Phenobarbitali 0,01  Coffeini 0,05  Codeini 0,008  D.t.d. N.10 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | тетралгин | NO2BB72 | - | Ветеран труда Красноярского края | Краевой  50% | 90 дней | 3  года |
| 4. | Clonidini 0,000075  D.t.d. N.12 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке при кризе | Клофелин | СО2АС01 | 148-1\У-88 | Инвалид I группы | Федеральный 100% | 90 | 3 года |
| 5. | Geli Ketorolaci 2%-30,0  D.S. Наносить на область болезненности 3 раза в день | Кеторол | М01АВ15 | - | Ветеран труда края | 50%, краевой | 90 | 3 года |
| 6. | Dipyridamoli 0,01  D.t.d. N.5 in amp.  S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида | дипиридамол | В01АС07 | - | 7 нозологий | 100%  фЕДЕРАЛЬНЫЙ | 90 | 3 ГОДА |
| 7. | Salmeteroli 0,00005  Fluticasonі propionati 0,00025 D.t.d. N.60  S. По 2 дозы (2 ингаляции) каждые 12 часов ингаляционно | Серетид | RO3AKO6 | - | Больной бронхиальной астмой | Краевой 100% | 90 дней | 3 года |
| 8. | Atazanaviri 0.15  D.t.d. N.60  S.по 1 капсуле 2 р\д | реатаз | JO5AE08 | - | СПИД, ВИЧ инфицированные | 100% краевой | 90 | 3 годс |
| 9. | Acetylsalicylici acidi 0.1  D.t.d. N 20  S. при болях 1 таблетку | Аспирин | В01АС06 | - | Работники тыла во время ВОв | 50%, краевой | 90 | 3 ГОДА |
| 10. | Valproici acidi 0.5  D.t.d N 30  S. по 1 таблетке утром | Депакин хроно | NO3AG01 | - | Эпилепсия | Краевой 100% | 30 | 3 года |

Рецепты

Министерство здравоохранения МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА[\*](https://base.garant.ru/72206882/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_11) УТВЕРЖДЕНА

Российской Федерации  [приказом](https://base.garant.ru/72206882/) Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_\_\_\_

/---------\

Штамп |штамп|

Код \---------/

медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |  | 5 | 5 |  |  |  |

/---------\

Штамп | | | | | |

Код \---------/

индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по [МКБ](https://base.garant.ru/4100000/)) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть)  1 Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты: (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |
| 4 | 0 | 4 | L | 5 | 0 |  |  |

/---\ /---\

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_11\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: | 23| | 06| | | 2020\_\_ г.

\---/ \---/

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

пациента \_\_\_Петров В.В. \_\_\_\_ Дата рождения |11.11.1980 | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симонов О.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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\с... ... ... ... ... ... ... ... ... .

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) Подпись печать М.П.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка: Тетралгин 0,01 |
| Дата отпуска: "23\_" июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | Количество:1 |
| Приготовил: | Проверил:Синяк В.В Отпустил:Сумошкина А.В. |

--------------------------------------------(линия отрыва)---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:Тетралгин  Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_0,01\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:по 1 таблетке 2 р\с  Продолжительность \_\_\_\_5\_\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

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

\* В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

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

**Оборотная сторона**

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

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

Аптека № 1

Отпущено:Тетралгина 0,01 1 уп

Сумошкина А.В.(Печать ЛП отпушен , подпись)

Дата отпуска 23,06,2020

Министерство здравоохранения МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА[\*](https://base.garant.ru/72206882/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_11) УТВЕРЖДЕНА

Российской Федерации  [приказом](https://base.garant.ru/72206882/) Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_\_\_\_

/---------\

Штамп |штамп|

Код \---------/

медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |  | 5 | 5 |  |  |  |

/---------\

Штамп | | | | | |

Код \---------/

индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по [МКБ](https://base.garant.ru/4100000/)) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть)  1 Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты: (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |
| 4 | 0 | 4 | L | 5 | 0 |  |  |

/---\ /---\

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_11\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: |23 |06 | | | | 2020\_\_ г.

\---/ \---/

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

пациента \_\_\_Петров В.В. \_\_\_\_ Дата рождения |11.11.1980 | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симонов О.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: .Geli Ketorolaci 2%-30 .

D.S Наносить на область болезненности 3 раза в день... ... ... ... ... ... ... ... ... .

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) Подпись печать М.П.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка: Кеторол 2%-30,0 |
| Дата отпуска: "23\_" июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | Количество:1 |
| Приготовил: | Проверил:Синяк В.В Отпустил:Сумошкина А.В. |

--------------------------------------------(линия отрыва)---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:Кеторол  Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_2%-30,0\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:Наносить на область болезненности 3 раза в день  Продолжительность \_\_\_\_5\_\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

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

\* В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

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

**Оборотная сторона**

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

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

Аптека № 1

Отпущено Кетерол 2%-30,0 1 уп

Сумошкина А.В.(Печать ЛП отпушен , подпись)

Дата отпуска 23,06,2020

Министерство здравоохранения МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА[\*](https://base.garant.ru/72206882/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_11) УТВЕРЖДЕНА

Российской Федерации  [приказом](https://base.garant.ru/72206882/) Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_\_\_\_

/---------\

Штамп |штамп|

Код \---------/

медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |  | 5 | 5 |  |  |  |

/---------\

Штамп | | | | | |

Код \---------/

индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по [МКБ](https://base.garant.ru/4100000/)) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть)  1 Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты: (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |
| 4 | 0 | 1 | Р | 4 | 6 |  |  |

/---\ /---\

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_11\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_ Дата оформления: | 23| 06| | | | 2020\_\_ г.

\---/ \---/

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

пациента \_\_\_Петров В.В. \_\_\_\_ Дата рождения |11.11.1980 | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симонов О.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: .Acetylsalicylici acidi 0.1

D.t.d. N 20 in tab.

S. при болях 1 таблетку.. ..

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) Подпись печать М.П.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка:Аспирин 0,1 |
| Дата отпуска: "23\_" июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | Количество:1 |
| Приготовил: | Проверил:Синяк В.В Отпустил:Сумошкина А.В. |

--------------------------------------------(линия отрыва)---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:Аспирин  Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_0,1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения: при болях 1 таблетку  Продолжительность \_\_\_\_\_30\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

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

\* В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

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

**Оборотная сторона**

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

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

Аптека № 1

Отпущено Аспирин 0,1 1 уп

Сумошкина А.В.(Печать ЛП отпушен , подпись)

Дата отпуска 23,06,2020

Министерство здравоохранения МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА[\*](https://base.garant.ru/72206882/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/#block_11) УТВЕРЖДЕНА

Российской Федерации  [приказом](https://base.garant.ru/72206882/) Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_\_\_\_

/---------\

Штамп |штамп|

Код \---------/

медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |  | 5 | 5 |  |  |  |

/---------\

Штамп | | | | | |

Код \---------/

индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по [МКБ](https://base.garant.ru/4100000/)) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть)  1 Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты: (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |
| 0 | 0 | 7 | I | 4 | 6 |  |  |

/---\ /---\

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_11\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_4\_\_\_\_ Дата оформления: | 23| 06| | | | 2020\_\_ г.

\---/ \---/

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

пациента \_\_\_Петров В.В. \_\_\_\_ Дата рождения |11.11.1980 | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симонов О.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Dipyridamoli 0,01

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

S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) Подпись печать М.П.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка:дипиридамол 0,02 |
| Дата отпуска: "23\_" июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | Количество:1 |
| Приготовил: | Проверил:Синяк В.В Отпустил:Сумошкина А.В. |

--------------------------------------------(линия отрыва)---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:Дипиридамол  Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_0,2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида  Продолжительность \_\_\_\_\_7\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

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

\* В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

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

**Оборотная сторона**

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

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

Аптека № 1

Отпущено дипиридамол 0,2 1 уп

Сумошкина А.В.(Печать ЛП отпушен , подпись)

Дата отпуска 23,06,2020

Российской Федерации  [приказом](https://base.garant.ru/72206882/) Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. N \_\_\_\_\_\_

/---------\

Штамп |штамп|

Код \---------/

медицинской организации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |  | 5 | 5 |  |  |  |

/---------\

Штамп | | | | | |

Код \---------/

индивидуального предпринимателя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по [ОКУД](https://base.garant.ru/179139/) 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по [МКБ](https://base.garant.ru/4100000/)) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть)  1 Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты: (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |
| 3 | 2 | 2 | G | 4 | 0 |  |  |

/---\ /---\

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_\_11\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_5\_\_\_ Дата оформления: | 23| 06| | | | 2020\_\_ г.

\---/ \---/

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

пациента \_\_\_Петров В.В. \_\_\_\_ Дата рождения |11.11.1980 | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симонов О.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Valproici acidi 0.5

D.t.d N 30 in tаb.

S. по 1 таблетке утром

Подпись и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки) Подпись печать М.П.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка:Депакин 0,4 |
| Дата отпуска: "23\_" июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | Количество:1 |
| Приготовил: | Проверил:Синяк В.В Отпустил:Сумошкина А.В. |

--------------------------------------------(линия отрыва)---------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:Депакин  Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_0,4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида  Продолжительность \_\_\_\_\_7\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

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

\* В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

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

**Оборотная сторона**

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

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

Аптека № 1

Отпущено депакин 0,4 1 уп

Сумошкина А.В.(Печать ЛП отпушен , подпись)

Дата отпуска 23,06,2020

Задание 1

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

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)

"26" июня 2020 г.

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

пациента Смирнов О.Ю.

Дата рождения 1899.12.10

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Трачук Д.А.

руб.|коп.| Rp.Spironolactoni 0.025

..............D.t.d.N.20 in tad.............

..............S.внутрь по 1 таблетке утром......

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

Подпись Личная печать врача

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

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

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

Аптека №1 отпущено: Спиронолактон 25 мг 1 упаковку

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

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)

"26" июня 2020 г.

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

пациента Смирнов О.Ю.

Дата рождения 1899.12.10

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Трачук Д.А.

руб.|коп.| Rp.Belladonnae 0.0003

..............Phenobarbitali 0.02.......

..............Ergotamini 0.0003

. D.t.d. N. 30 in tab.

S.по 1 таблетке 2р\с

Подпись Личная печать врача

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

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

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

Аптека №1 отпущено: табл.Беллатаминала 1 уп

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

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)

"26" июня 2020 г.

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

пациента Смирнов О.Ю.

Дата рождения 1899.12.10

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Трачук Д.А.

руб.|коп.| Rp.Amoxicillini 0.5

..............D.t.d.N.20 in tab.....

..............S. 1таблетка 3р\с

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

Подпись Личная печать врача

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

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

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

Аптека №1 отпущено: амоксицилин 0,5 1 упаковка

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 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 1 2 3 4 N 1 2 3 4 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "26" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Симонов О.В.

Дата рождения 1999.10.20

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 123456789

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Тирских В.В.

Руб. Коп. Rp:Diazepami 0.01

................................Cyclobarbitali 0.1.......................

................................D.t.d.N.10 in tab......................................

................................S. по 1 таблетке 1р\с.............................

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача подпись Личная печать и печать для рецептов

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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

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

Аптека № 5 отпущено : Таблетки Реладорм 10мг+100мг 1упаковка

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 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 1 2 3 4 N 1 2 3 4 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "26" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Симонов О.В.

Дата рождения 1999.10.20

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 123456789

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Тирских В.В.

Руб. Коп. Rp: Lorazepami 0,0025

.................................D.t.d.N.25.in dragee....................

.................................S.по 1 драже 1 раз в день.....................

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача подпись Личная печать и печать для рецептов

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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

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

Аптека № 6 отпущено : Драже лорафен 2,5мг 1 упаковка

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 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 1 2 3 4 N 1 2 3 4 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "26" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента Симонов О.В.

Дата рождения 1999.10.20

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 123456789

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Тирских В.В.

Руб. Коп. Rp: Codeini 0.008

.................................Methamizoli natrii 0.3....................

.................................Naproxeni 0.1.....................

.................................Phenobarbitali 0.01.............................

.................................D.t.d. N. 20 in tab........................

.................................S. по 1 таблетке при болях.....................

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

Подпись и печать лечащего врача подпись Личная печать и печать для рецептов

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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

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

Аптека №1 отпущено:

Пенталгин-Н 1 уп

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Правила оформления рецептурных бланков формы 107-1/у и 148-1/у-88.

На рецептурных бланках в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона.  
На рецептурных бланках, оформляемых ИП, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, в верхнем левом углу типографским способом или путем проставления штампа должен быть указан адрес индивидуального предпринимателя, номер и дата лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию.  
Рецептурные бланки заполняются медицинским работником разборчиво, четко, чернилами или шариковой ручкой.  
Допускается оформление всех реквизитов (за исключением реквизита "Подпись лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки") рецептурных бланков с использованием печатающих устройств.  
В рецептурных бланках в графе "Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента" указываются фамилия, инициалы имени и отчества (при наличии) пациента.  
В рецептурных бланках в графе "Дата рождения" указывается дата рождения пациента (число, месяц, год).  
\* Для детей в возрасте до 1 года в графе "Дата рождения" указывается количество полных месяцев.  
В рецептурных бланках формы N 148-1/у-88 в графе "Адрес места жительства или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" указывается адрес места жительства (места пребывания или места фактического проживания) пациента или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.  
В графе "Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)" рецептурных бланков ручным способом или с помощью штампа указываются фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) медицинского работника, назначившего лекарственные препараты и оформившего рецепт.  
В графе "Rp" рецептурных бланков указывается:  
1) наименование лекарственного препарата (международное непатентованное наименование, группировочное или химическое наименование, торговое наименование) на латинском языке, форма выпуска, дозировка, количество;  
2) способ применения лекарственного препарата на государственном языке Российской Федерации или на государственном языке Российской Федерации и государственном языке республик и иных языках народов Российской Федерации  
При оформлении рецептурных бланков запрещается ограничиваться общими указаниями, например, "Внутреннее", "Известно".  
Рецепт, оформленный на рецептурном бланке подписывается медицинским работником и заверяется его печатью.  
Рецепт, оформленный на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 дополнительно заверяется печатью медицинской организации "Для рецептов".  
На одном рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 разрешается осуществлять назначение только одного наименования лекарственного препарата.  
На одном рецептурном бланке формы N 107-1/у разрешается осуществлять назначение только одного наименования лекарственного препарата, относящегося по АТХ к антипсихотическим средствам (код N05A), анксиолитикам (код N05B), снотворным и седативным средствам (код N05C), антидепрессантам (код N06A) и не подлежащего предметно-количественному учету, и до трех наименований лекарственных препаратов - для иных лекарственных препаратов, не отнесенных к вышеуказанным АТХ.  
Исправления в рецепте не допускаются.  
При оформлении рецептурных бланков на лекарственные препараты, назначенные по решению врачебной комиссии, на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).

Задание 1.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | + | + | - | - |

Задание 1.3

Особенности отпуска наркотических и психотропных ЛП.

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью, лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, осуществляется фармацевтическими работниками, занимающими должности, включенные в перечень должностей фармацевтических и медицинских работников в организациях, которым предоставлено право отпуска наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2016 г. N 681н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 сентября 2016 г., регистрационный N 43748).

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем, отпускаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность, лицу, указанному в рецепте, его законному представителю или лицу, имеющему оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность на право получения таких наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II (за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем), предназначенные для граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 107/у-НП, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л) или формы N 148-1/у-06 (л).

Лекарственные препараты, указанные в абзацах третьем - восьмом пункта 4 настоящих Правил, предназначенные для граждан, имеющих право на получение лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно или со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л) или формы N 148-1/у-06 (л).

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.

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.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

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)

"26" июня 2020 г.

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

пациента Скворцов В.А.

Дата рождения 1989.12.10

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)Тимченко В.А.

руб.|коп.| Rp.Azathioprini 0.005

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

S.по 1 таблетке 2р\с

Подпись Личная печать врача

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

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

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

Аптека №1 отпущено: табл.Азатиоприн 0,005 1 уп

Смирнов А.В. (подпись) 26.06.20.

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

 Российской Федерации

от \_\_\_\_\_01.08.2012\_ N \_\_\_54н\_\_\_\_

РЕЦЕПТ

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия 1 2 │3│4│ N │1│1│1│1│1│1│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"20" июня 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_\_Васильев И.Г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 0101 0205

Номер медицинской карты 2121221\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_Головин В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: Sol.Buprenorphini 0.001

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

....S. В\В медленно по 300 мкг с интервалом 6-8 часов......................................................

Подпись и личная печать врача

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

Личная печать.печать для рецептов

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_Яковлева \_\_\_\_\_\_

(Печать уполномоченного МО) М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске \_\_\_\_\_\_\_\_Бупренорфин 1мг Отпушено 1 уп \_\_26.06.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_Яковлев И.В. подпись личная печать М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

Задание 1.4

Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП.

фармацевтический работник информирует лицо, приобретающее (получающее) лекарственный препарат, о режиме и дозах его приема, правилах хранения в домашних условиях, о взаимодействии с другими лекарственными препаратами.

При отпуске лекарственного препарата фармацевтический работник не вправе предоставлять недостоверную и (или) неполную информацию о наличии лекарственных препаратов, включая лекарственные препараты, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование, в том числе скрывать информацию о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену

Глицин 100 мг принимать внутрь под язык до полного растворения по 1 таблетке 2-3 р\с,хранить в недоступном для детей месте при комнатной температуре можно принимать с другими лс

Анальгин 0,5 мг принимать внутрь запивая водой 1 таблетку 2-3р\с после еды хранить в недоступном для детей месте при комнатной температуре нельзя принимать с алкоголем и противозачаточными

Задание 2

Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.

Допускается отпуск лекарственных препаратов по требованиям-накладным медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, оформленным в электронном виде, если медицинская организация, индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность, и субъект розничной торговли являются соответственно участниками системы информационного взаимодействия по обмену сведениями.

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II, психотропных лекарственных препаратов списка III, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, в том числе отпускаемых без рецепта, осуществляется по отдельным требованиям-накладным.

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.

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

Все требования-накладные, по которым отпущены лекарственные препараты, 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 предметно-количественному учету, - в течение трех лет;

на иные лекарственные препараты - в течение одного года.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **1** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | ГКБ №1 | | | | по ОКПО |  |
| Штамп мо |  |  |  |  |  |  |

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

Через кого Аптека №4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Петрова Е.В. | Разрешил | Главный врач (подпись) Никитина Л.А. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма  без уче­та НДС,  руб. коп. | По­ряд­ко­вый  но­мер по склад­ской  кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | | но­менк-  ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре-  бо­ва-  но | от­пу-  ще­но |
| 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp.: | Tabl. Bisoprololi 0,005 №30 внутрь |  |  | Уп. | 5 | 5 | 86,00 |  |  |
| Rp.: | Sol. Drotaverini 0,02 – 1 ml №25 в/м |  |  | Уп. | 1 | 1 | 459,00 |  |  |
| Rp.: | Sol. Glucosi 40% - 10,0 №10 в/в |  |  | Уп. | 10 | 10 | 124,00 |  |  |
| Rp.: | Sol. Thiamini chloridi 5% - 1,0 №10 в/м |  |  | Уп. | 20 | 20 | 56,00 |  |  |
|  | Семьсот двадцать пять рублей 00 коп. | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | подпись |  | Кроль Е.И. | **Получил** | Мед.сестра |  | подпись |  | Иванов А. И. |
|  | (должно  сть) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **7** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | ГКБ №1 | | | | по ОКПО |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

Через кого Аптека №4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Петрова Е.В. | Разрешил | Главный врач (подпись) Никитина Л.А. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма  без уче­та НДС,  руб. коп. | По­ряд­ко­вый  но­мер 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. Clonidini 0,01%-1,0 №10 |  |  | Уп. | 2 | 2 | 438,00 |  |  |
| Rp.: | Tabl. Clonidini 0,0015 №50 внутрь |  |  | Уп. | 3 | 3 | 313,00 |  |  |
|  | Семьсот пятьдесят один рубль 00 коп. | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  | подпись |  | крюкова Е.В,. | **Получил** | Мед.сестра |  | подпись |  | Иванов А. И. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Ситуационные задачи

1.Фармацевт должен был объяснить больному что лекарственный препарат по рецепту с надписью cito лекарственный препарат изготавливается в течении двух дней и вообще фармацевт не должен был говорить время

Фармацевту нужно будет посмотреть сроки действия всех рецептов и если ещё есть действующте рецепты то по необходимости отпустить препарат.

А просроченные рецепты отдать обратно и объяснить ,что рецепты недействительны.

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося Трачук Дамир Андреевич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа 203 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальность Фармация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17.06 по 30.06. 2020\_г

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

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

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А. Цифровой отчет

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