Заполните таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Формадополнительногорецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*% скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Crem Acycloviri 5%-5,0 D.S. Наносить на пораженные и граничащие с ним участки кожи каждые 4 часа |  |  |  | Ребенок из многодетной семьи в возрасте до 6 лет |  |  |  |
|  | STT Phentanyli 0,00005 g/h D.t.d. N.5 (пять) S. Наносить в виде аппликаций на плоскую неповрежденную поверхность кожи 1 пластырь на 3 дня |  |  |  | Больной онкологическим заболеванием |  |  |  |
|  | Tabl. Moxonidini 0,0002 N.50 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | Ветеран труда  края |  |  |  |
|  | Sol. Nitrofurali 0,02%-500 ml D.S. Для промывания ран |  |  |  | Больной сахарным диабетом |  |  |  |
|  | Sol. Magnii sulfatis 25%-10 ml D.t.d. N.10 in amp. S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида |  |  |  | инвалид (II степень) |  |  |  |
|  | Tabl. Diclophenaci 0,05 N.10 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день |  |  |  | Участник Великой Отечественной войны |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 148-1/у-88 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 50%, краевой |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 100%, краевой |  |  |