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 Дудкиной Полины Евгеньевны

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «01» июля 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 (преподаватель)

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 начала  работы | Время окончания работы | Наименование работы | Оценка/Подпись руководителя |
| 17.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Организация рабочего места по приему рецептов /требований. | *4*  *4 Казакова Елена Николаевна* |
| 18.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 19.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Правила оформления рецептурных бланков | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 20.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Фармацевтическая экспертиза рецепта | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 22.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов. | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 23.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 24.06.2020-25.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов. | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 26.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам. Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов.  Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| *27*.06.2020  -29.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций. | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |
| 30.06.2020 | 8:30 | 12.00 | Дифференцированный зачет | *4*  *Казакова Елена Николаевна* |

**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 | Секционный рабочий стол, шкафы для хранения ГЛФ. |
| Оборудование | Компьютер, контрольно - кассовый аппарат, калькулятор. |
| Нормативные документы, справочники и другое | Прейскурант цен, справочная литература по лекарственным средствам с указанием их синонимов и способов употребления; приказы Министерства здравоохранения, регламентирующие прием и отпуск рецептов и лекарств по ним, перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, инструкция по проведению фармацевтической экспертизы рецепта, последнее издание Государственной фармакопеи. |
| Компьютерное программное обеспечение | еФарма2 (система управления, охватывающая все основные рабочие процессы в аптеке - от принятия решения о закупке товара у поставщика до реализации его конечному покупателю и формирования всей необходимой отчетности) |
| Штампы, печати | Штампы («Рецепт недействителен»; «Лекарственный препарат отпущен»), печать аптечной организации*.* |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов, журнал отсроченного обслуживания по фамилии больного, с указанием телефона и адреса (для того, чтобы предупредить его о появлении ЛФ). |

Таблица 2 - Проект рабочего места фармацевта производственной аптеки по приему требований-накладных от медицинской организации.

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Cтол с выдвижными ящиками, шкаф с двумя поворотными секциями со встроенными вертушками для приготовленных лекарств, вертушка для готовых лекарственных средств. |
| Оборудование | Холодильник для термолабильных ЛП, сейф и несгораемый металлический шкаф для хранения лекарственных средств, содержащих вещества, подлежащие особому контролю (наркотические средства, психотропные, ядовитые, сильнодействующие вещества и некоторые лекарственные средства списков I, II, III.), калькулятор. |
| Нормативные документы, справочники и другое | Государственная Фармакопея, таблицы высших разовых и суточных доз, литература по совместимости и взаимодействию лекарственных средств, государственный реестр ЛС, таблицы цен, тарифы на изготовление лекарств, этикетки и сигнатуры, перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, номера и адреса медицинских организаций, приказы МЗ РФ (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н). |
| Компьютерное программное обеспечение | еФарма2 (система управления, охватывающая все основные рабочие процессы в аптеке - от принятия решения о закупке товара у поставщика до реализации его конечному покупателю и формирования всей необходимой отчетности) |
| Штампы, печати | Ставится отметка о количестве и стоимости отпущенных лекарственных препаратов. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал учета лабораторно-фасовочных работ, журнал учета находящихся на отсроченном обслуживании. |

1. **Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке**

Согласно приказу МЗ РФ от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»:

1. Назначение лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача в порядке, установленном приказом МЗ РФ Федерации N 252н.
2. Сведения о назначенном лекарственном препарате вносятся медицинским работником в медицинскую документацию пациента. Медицинский работник оформляет назначение лекарственных препаратов, в том числе подлежащих изготовлению и отпуску аптечными организациями на рецептурном бланке, оформленном на бумажном носителе или на рецептурном бланке в форме электронного документа.
3. При выписке пациента из медицинской организации, в которой ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, данному пациенту по решению руководителя медицинской организации назначаются с оформлением рецепта в форме электронного документа или на бумажном носителе (за исключением оформления рецептов на лекарственные препараты, подлежащие отпуску бесплатно или со скидкой) либо выдаются одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты, внесенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного ПП РФ N 681, сильнодействующие лекарственные препараты, на срок приема пациентом до 5 дней.
4. Назначение лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии при оказании первичной медико-санитарной помощи, паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях производится в случаях:

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

- 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;

- 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).

1. Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, запрещается оформлять рецепты: при отсутствии у пациента медицинских показаний, на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня, на незарегистрированные лекарственные препараты, на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению предназначены для применения только в медицинских организациях.

**Медицинские организации, выписавшие рецепты на лекарственные препараты.**

Аптека ООО «Здоровье+» располагается в центре села Тасеево, ул. Лазо 16А, рядом с КГБУЗ «Тасеевская ЦБ». Аптека готовых лекарственных форм, имеет следующие отделы:

* Отдел готовых лекарственных средств
* Отдел безрецептурного отпуска
* Торговый зал
* Материальная комната
* Комната отдыха персонала
* Кабинет заведующего аптекой
* Помещение для хранения дезинфицирующих средств и уборочного инвентаря
* Туалетная комната

Ассортимент аптеки

|  |  |
| --- | --- |
| Лекарственные средства | Антиаллергические, антимикробные, антисептические, вакцины и сыворотки, витамины и их аналоги, гомеопатические, гормональные, диуретические, иммуномодулирующие,противовирусные; противогрибковые; противоопухолевые; противопаразитарные;противоревматические, противоподагрические, анальгезирующие и жаропонижающие; сердечно-сосудистые. |
| Предметы ухода за ребенком | Пустышки, соски, посуда для кормления, косметическая продукция и т.д. |
| Изделия медицинского назначения | Бинты, вата, бандажи, пластыри, чулки, корсеты, шприцы, спринцовки, круги подкладные и т.д. |
| Парфюмерно-косметическая продукция | Крема, лосьоны, шампуни, зубные порошки и пасты и т.д. |
| Пищевая продукция | Диетическое и детское питание, биологически активные добавки и т.д. |
| Медицинская техника | Приборы (термометры, тонометры, глюкометры), аппараты (небулайзеры, массажные аппараты) |

Режим работы



Вход в аптеку



Торговый зал



Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой: КГБУЗ «Тасеевская ЦБ», Поликлиника.

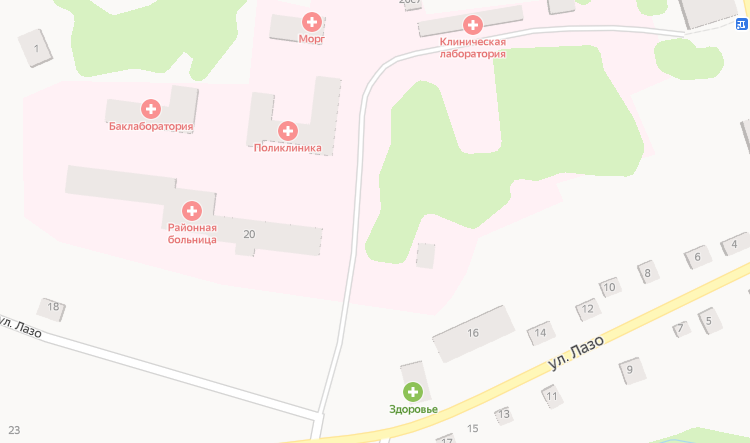


Рис. 1 Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

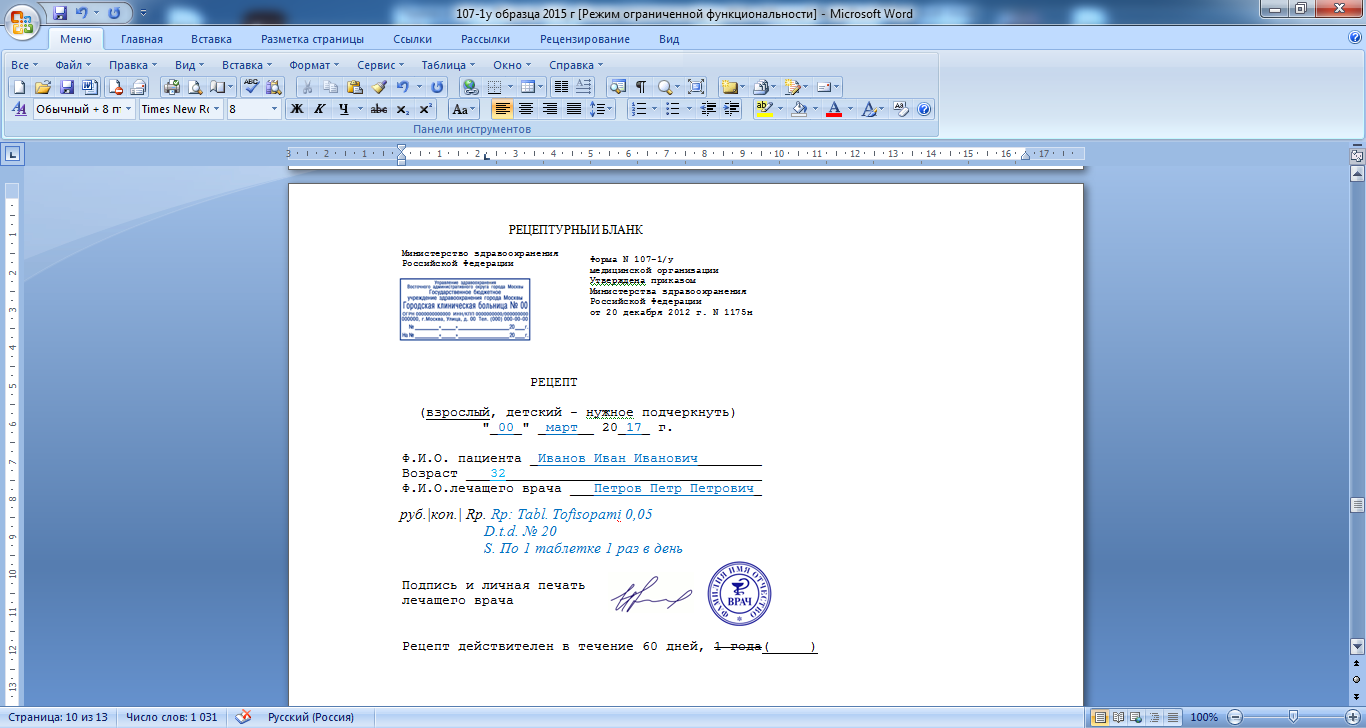
Таблица 3 - Обязательные и дополнительные реквизиты рецептурных бланков

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | + | | + | + | + |
| Категория больного (взрослый, детский) | + | | + | + | + |
| Дата выписки рецепта | + | | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества пациента | + | | + | +  (имя и отчество прописываются полностью) | + |
| Дата рождения | + | | + | - | + |
| Возраст | - | | - | + | - |
| Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача (фельдшера/акушерки) | + | | + | +  (имя и отчество прописываются полностью) | + |
| Наименование лекарственного средства на латинском языке, дозировка и количество | + | | + | + | + |
| Способ применения на государственном языке | + | | + | + | + |
| Подпись и печать лечащего врача (фельдшера/акушерки) | + | | + | + | + |
| Срок действия рецепта/ количество месяцев | + | | - (рецепт действителен 15 дней) | -  (рецепт действителен 15 дней) | + |
| **Дополнительные:** | | | | | |
| Код медицинской  организации | | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Серия и номер рецепта | | - | + | + | + |
| Номер медицинской карты | | - | + | + | + |
| Адрес места жительства | | - | - | - |
| Прописи наименований лекарственного средства не более трех | | + | - | - | - |
| Пропись рецепта одного лекарственного средства | | - | + | + | + |
| ФИО и подпись уполномоченного лица МО | | - | - | + | - |
| Печать МО «Для рецептов» | | - | + | + | + |
| Серия и номер полиса ОМС | | - | - | - | + |
| Номер СНИЛС | | - | - | - | + |
| Код ИП | | - | - | - | + |
| Код категории граждан | | - | - | - | + |
| Код нозологической формы (по МКБ) | | - | - | - | + |
| Источник финансирования (федеральный бюджет/бюджет субъекта РФ/муниципальный бюджет) | | - | - | - | + |
| Процент оплаты рецепта (бесплатно/50%/иной) | | - | - | - | + |

Таблица 4 - Анализ лекарственных препаратов отпускаемых по рецепту.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Торговое наименование ЛП | МНН | Фарм. группа АТХ\* | № приказа, список ЛП, стоящего на ПКУ | Форма рецептурного бланка | Срок хранения рецепта в аптеке | Норма отпуска ЛП |
|  | Бупранал р- д/ин | Бупренорфин | Опиоидные наркотические анальгетики, N02AE01 | ПП РФ№681 Список II | 107-у/НП | 5 лет | 300 мкг/мл 1 мл – 30 амп.  300 мкг/мл 2 мл- 15 амп. 15 ампул |
|  | Аминазин, табл. | Хлорпромазин | Нейролептики, N05AA01 | - | 107-1у | 3 месяца | По рецепту |
|  | Азалепрол, табл. | Клозапин | Нейролептик, N05AH02 | ПП РФ №964 Сильнодействующие | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
|  | Сомнол, табл. | Зопиклон | Снотворное средство, N05CF01 | ПП РФ №964 Сильнодействующие | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
|  | Коаксил, табл. | Тианептил | Антидепрессанты, N06AX14 | ПП РФ №681, сп. III | 148-1/у-88 | 5 лет | По рецепту |
|  | Реплика, капс | Прегабалин | Противоэпилептические средства, N03AX16 | ПП РФ №964  Иные ЛС, подлежащие ПКУ | 148-1/у-88 | 3 года | По рецепту |
|  | Сибазон, табл. | Диазепам | Анксиолитическое средство  N05BA01 | ПП РФ №681, сп. III | 148-1/у-88 | 5 лет | По рецепту |
|  | Феназепам, табл. | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | Анксиолитическое средство(транквилизатор) N05BX | - | 107-1/у | 3 месяца | По рецепту |
|  | Каффетин табл. | Парацетамол, пропифеназон, кофеин, кодеина фосфат сесквигидрат | Анальгезирующее средство комбинированное (противокашлевое опиоидное средство + НПВП + анальгезирующее ненаркотическое средство + психостимулирующее средство)  N02BE71 | Приказ №562н  П. 5(а) | 148-1/у-88 | 3 года | Не более 0,2 г |
|  | Кофетамин, табл. | Эрготамина тартрат,  Кофеин | Психостимуляторы в комбинациях  N02CA52 | Приказ №562н  П. 4(а) | 107-1/у | - | По рецепту |

**4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

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 5 6 4 3 N 2 4 6 7 9

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "19" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Иванов.И.И.*

Дата рождения *01.01.1996*

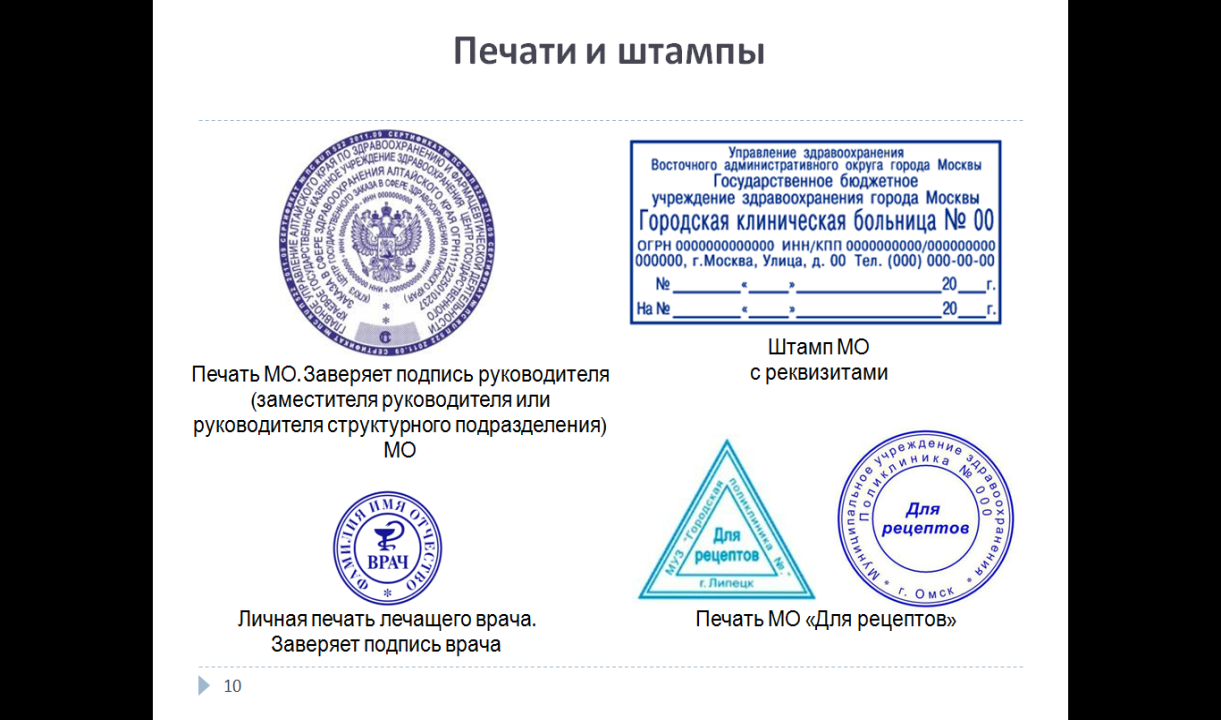
Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *546871547*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Сидорова Е.Н.*

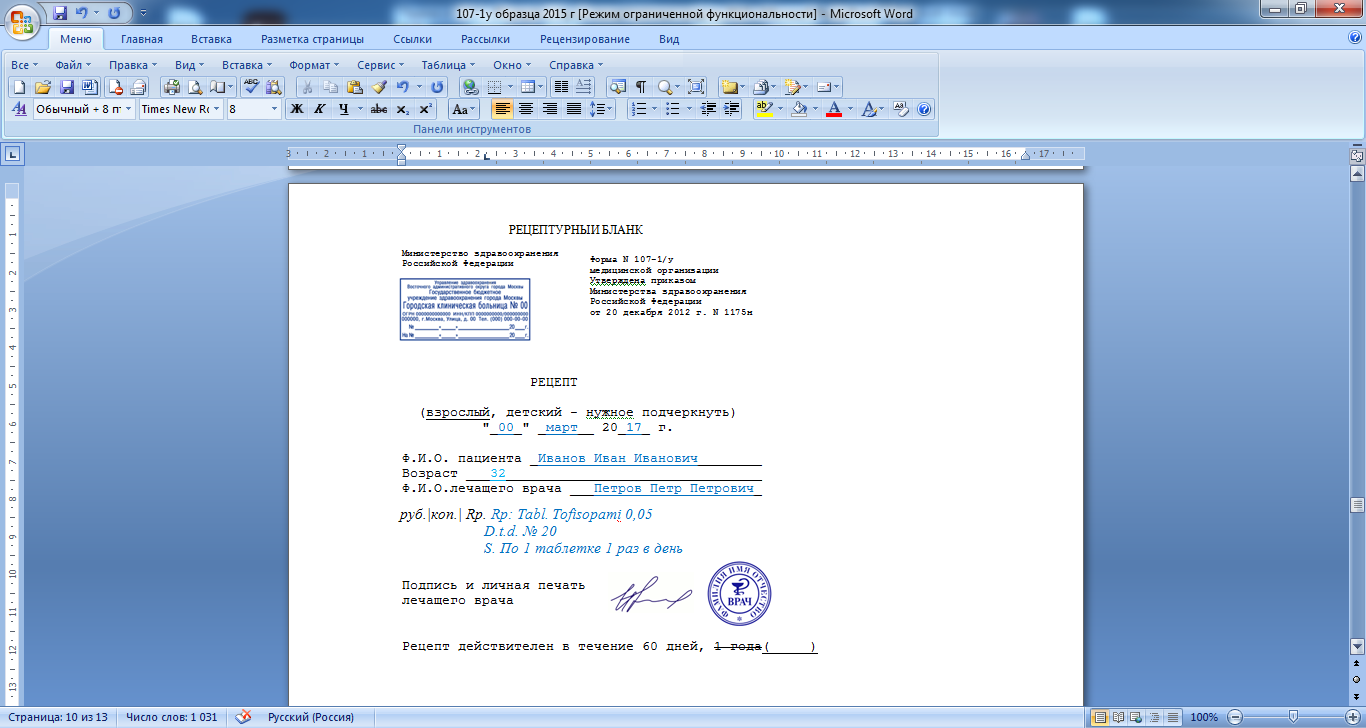
Руб. Коп. Rp: *Codeini phosphatis 0,008*

*Paracetamoli 0.5*

*Drotaverini hydrochloridi 0,04*

*D.t.d. № 12 in tab.*

*S. По 1 таблетке 2 раза в день*





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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

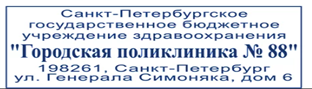
Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Юниспаз*  *№12 1 упаковка*  *Дудкина П.Е.*  *19.06.2020*  55.jpg | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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)

"\_*19*\_" \_*июня* 20*20* г.

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

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

Дата рождения *01.01.1990* \_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_*Сидорова Е.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.*Tabl. Buspironi 0.01*

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

..............*S. По 1 таблетке 1 раз в день.*...........

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Спитомин 0,01*  *№10, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..* C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *19.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК**

**НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](about:blank)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

штамп медицинской организации Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ№6

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │2│2│2│1│ N │0│2│2│3│6│7│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"19" \_июня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_*Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_03514875020\_\_\_

Номер медицинской карты 6561215484152\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Елена Николаевна*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: .Sol. Buprenorphini 0,03%-1ml............................................

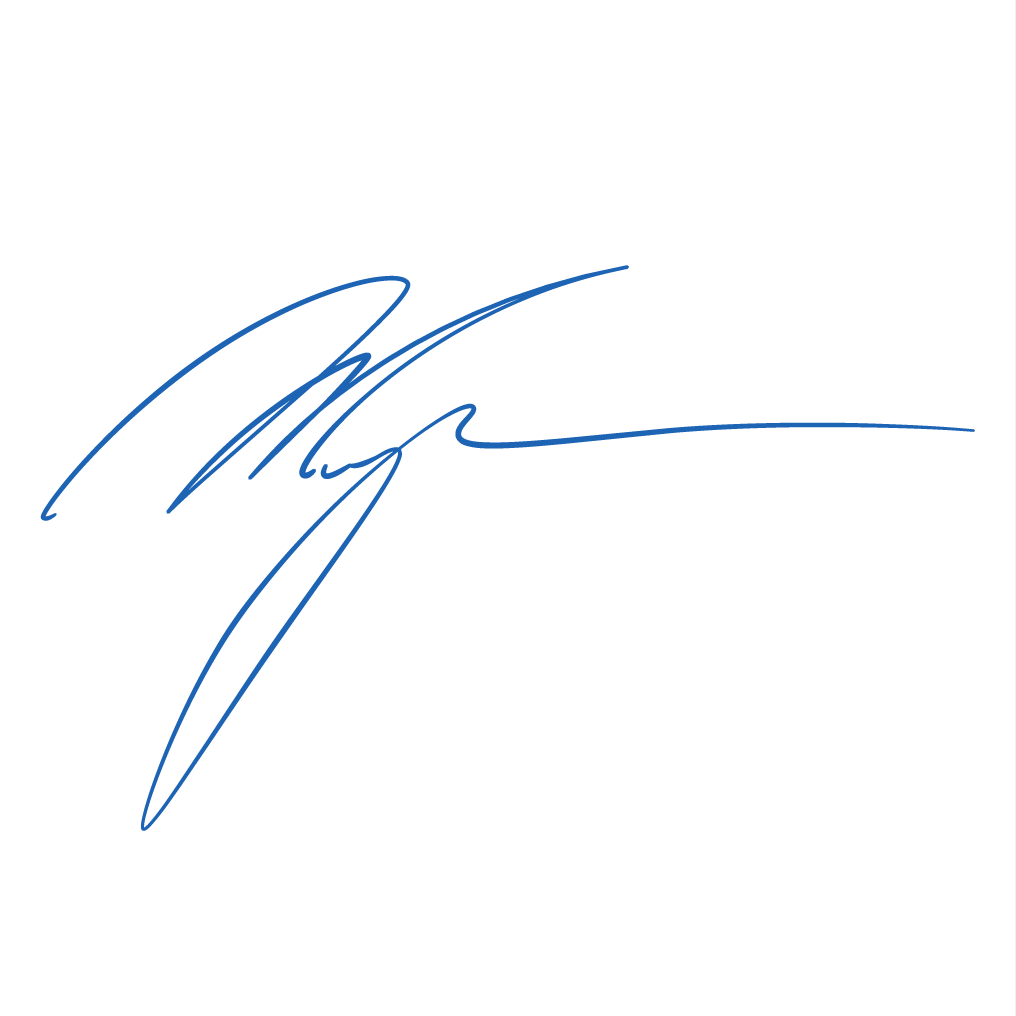
.....D.t.d № 10(десять)..............................................Снимок

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 \_*Гаврилов Михаил Иванович М*.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупранал 0,03%-1 мл №5 2 упаковки, 03.04.2020 Паспорт 0415%761754*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_*Дудкина* *Полина Евгеньевна* \_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

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

Оборотная сторона

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

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 3 8 N 3 8 2 0 6*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*19*" \_*июня*\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения \_*01.01.1990*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*337793 г.Красноярск ул. Молокова 31д*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е. Н*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Tabl. Zolpidemi 0.005

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

................................S. По 1 таблеткt 2 раза в день.............

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

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

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

Снимок

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Санвал 0,01*  *№10, 1 упаковка*C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *Врач Сидорова Е.Н.*  *Дудкина П.Е.*  *19.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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 3 8 N 3 8 2 0 6*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*19*" \_*июня* 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения \_*01.01.1990*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*337793 г.Красноярск ул. Молокова 31д*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е. Н*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl. Phenobarbitali 0.1*

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

*................................S. По 1 таблетке 1 раз в день*.............

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

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

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

Снимок

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Фенобарбитал 0,1*  *№10, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..*  *19.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Памятка «Фармацевтическая экспертиза рецепта»

1. **СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ** пропись рецепта форме рецептурного бланка?

* ДА, то приступаем к пункту 2.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

1. **СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ** срок действия рецепта?

* ДА, то приступаем к пункту 3.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

1. **СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ** правомочность лица, выписавшего рецепт?

* ДА, то приступаем к пункту 4.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

1. **СООТВЕТСТВУЮТ ЛИ** обязательные и дополнительные реквизиты данному рецептурному бланку?

* ДА, то приступаем к пункту 5.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

1. **СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ** норма отпуска наркотических и психотропных ЛП?

* ДА, то приступаем к пункту 6.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

1. **СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ** пропись рецепта требованиям оформления рецептурного бланка?

* ДА, то рецепт действителен.
* НЕТ, то рецепт недействителен.

|  |  |
| --- | --- |
| **РЕЦЕПТ ДЕЙСТВИТЕЛЕН:** | **РЕЦЕПТ НЕДЕЙСТВИТЕЛЕН:** |
| Таксирование рецепта;  Отметка об отпуске ЛП. | Зарегистрировать рецепт в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, вернуть больному |

Рецепты, выписанные с нарушением установленных правил, согласно приказу Минздрава России №403н, 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | . | | | | | |  | |  |  | | |
|  | АО «Губернские аптеки»  Аптека №57 | | | |  | |  | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |
|  | **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. | 19.06.2020 | КГБУЗ «Тасеевская ЦБ» | Сидорова Елена Николаевна | | Таблетки  Фенобарбитал 0,1 | | Форма рецептурного бланка не соответствует данному лекарственному препарату. | | | Информирование руководителя МО, рецепт гасится штампом «Рецепт недействителен», переоформление рецепта | Дудкина Полина Евгеньевна |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  | Примечание: Информация о нарушениях в выписке рецептов доводится до сведения руководителя соответствующего ЛПУ не реже чем 1 раз в месяц. | | | | | | | | | | | |

**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».

Отчет о выполненной работе:

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

Лист алгоритма для проведения фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов*:*

1. В первую очередь проверяется правильность выбранной формы рецептурного бланка и наличие дополнительных бланков.
2. В случае, если форма бланка представлена верно, фармацевт должен проверить присутствие всех реквизитов, которые относятся к основным:

* Штамп лечебно-профилактического учреждения.
* Дата, когда рецепт был выписан врачом.
* Фамилия, имя, отчество больного.
* В льготных бланках должна быть указана дата рождения пациента.
* Фамилия, имя, отчество врача. Они должны быть прописаны полностью, без использования инициалов.
* Подпись врача, а также его личная печать. В случае если рецепт выписан фельдшером, также должны быть указаны его полное имя и подпись.
* Срок действия рецепта.

1. Необходимо проверить графу Rp. Rp – сокращение латинского слова recipe, что означает "приготовь". В данной графе на латыни должны быть указаны названия лекарственных средств, причем обязательно соблюдение определенных правил.
2. Если все основные реквизиты присутствуют и оформлены должным образом, необходимо проверить правильность оформления дополнительных.
3. Также следует проверить правомочность лица, который выписал рецепт.
4. Вывод о соответствии поступившего рецепта требованиям регламента.

Если установлено несоответствие рецепт гасится штампом «Рецепт не действителен» и регистрируется в журнале неправильно выписанных рецептов.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| МНН | Торговое наименование | Код атх | Форма  дополнительного  рецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета (федеральный, краевой),  % скидки (50%, 100%) | Срок действия | Хранение  в апт. |
| 1.Tabl. Clonidini 0,00075 N.50 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день | Клофелин | C02AC01 | 148-1/у-88 | инвалид (I степень) | Фед.бюджет  100% | 15 дн | 3г |
| 2. Dragee Chlorpromazini 0,025  D.t.d. N.30  S. Внутрь по 1 драже 2 раза в сутки | Аминазин | N05AA01 | - | Инвалиды вследствие чернобыльской катастрофы | Фед.бюджет  100% | 30 дн | 3г |
| 3. Rp.: Caps.Omeprazoli 0,02  D.t.d. N.10  S. Внутрь по 1 капсуле  2 раза в сутки | Омепразол | A02BC01 | - | Больные сахарным диабетом | Краевой 100% | 30 дн | 3 г |
| 4. Ung. Prednisoloni 0,5%-15,0  D.S. Наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день | Преднизолон | D07AA03  (ГКС) | - | Малочисленные народы Севера | Краевой 100% | 30 дн | 3 г |
| 5. Sol. Metamizoli natrii 50%-2ml D.t.d. N.10 in amp.  S. Внутримышечно по 2 мл 3 раза в сутки | Анальгин | N02BB02  (анальгетик-антипиретик) | - | Больные хроническими заболеваниями кожи | Краевой 100% | 30 дн | 3г |
| 6. Gel Diclophenaci 5%-30,0  D.S. Наносить тонким слоем на область коленного сустава 2 раза в день | Диклофенак | M02AA15  (нпвс) | - | Ребенок из многодетной семьи в возрасте до 6 лет | Краевой 100% | 30 дн | 3г |
| 7. Rp.: Acidi folici 0,001  D.t.d.: №30 in tab.  S.: По 1 таблетке 3 раза в сутки | Фолиевая кислота | B03BB01 | - | Женщина в период беремености | Федеральный 100% | 30 дн | 3г |
| 8.Tabl.Moxonidini 0,0002 №50  D.S По 1 таблетке 2 раз в день | Моксинидин | C02AC0 | - | Ветеран труда Красноярского края | Краевой 50% | 30 дн | 3 г |
| 9. Sol.Buprenorphini 0,03%-1 ml  D.t.d. N. 10 inamp  S. Вводить подкожно по 1мл. | Бупранал, | N02AE01 | 107-у/НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой 100% | 15 дн | 3 г |
| 10. Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 in tabl .  S. по 1 таблетке внутрью | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной сахарным диабетом | Краевой 100% | 15дн | 3 г |

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп 2 2│1454 │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│5 5│5 5│5 5│5 6│5 6│5│ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по **ОКУД** 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по **МКБ**) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% |
|  | 9 | 2 |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_44555652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_125\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления 2│2│ │0│6│ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента \_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Дата рождения │0│1│ │0│1│ │1│9│9│6│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 6 | 4 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях \_\_*1556226652\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Руб. Коп. Rp: *Dragee Chlorpromazini 0.025*

*... ... ... ... ...* .D.t.d. *№30... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..*

*... ... ... ... ...* .Signa: *Внутрь по 1 драже 2 раза в сутки*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

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

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп 2 2│1454 │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│5 5│5 5│5 5│5 6│5 6│5│ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по **ОКУД** 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по **МКБ**) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% |
| 3 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_44555652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_125\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления 2│2│ │0│6│ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента \_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Дата рождения │0│1│ │0│1│ │1│9│9│6│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 6 | 4 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях \_\_*1556226652\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Руб. Коп. Rp: *Caps.Omeprazoli 0,02*

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

*... ... ... ... ...* .Signa: *Внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

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

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп 2 2│1454 │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│5 5│5 5│5 5│5 6│5 6│5│ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по **ОКУД** 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по **МКБ**) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% |
| 2 | 0 | 3 |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_44555652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_125\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления 2│2│ │0│6│ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента \_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Дата рождения │0│1│ │0│1│ │1│9│9│6│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 6 | 4 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях \_\_*1556226652\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Руб. Коп. Rp: *Ung. Prednisoloni 0,5%-15,0*

*... ... ... ... ...* .D.t.d.*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..*

*... ... ... ... ...* .Signa:*Наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

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

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп 2 2│1454 │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│5 5│5 5│5 5│5 6│5 6│5│ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по **ОКУД** 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по **МКБ**) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% |
| 3 | 2 | 4 |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_44555652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_125\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления 2│2│ │0│6│ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента \_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Дата рождения │0│1│ │0│1│ │1│9│9│6│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 6 | 4 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях \_\_*1556226652\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Руб. Коп. Rp: *Sol. Metamizoli natrii 50%-2ml*

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

*... ... ... ... ...* .Signa: *Внутримышечно по 2 мл 3 раза в сутки*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

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

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп 2 2│1454 │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│5 5│5 5│5 5│5 6│5 6│5│ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код формы по **ОКУД** 3108805  Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по **МКБ**) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% |
| 2 | 0 | 5 |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** Серия \_\_44555652\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_125\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления 2│2│ │0│6│ 2020\_\_ г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

пациента \_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Дата рождения │0│1│ │0│1│ │1│9│9│6│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 2 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 3 | 6 | 4 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях \_\_*1556226652\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Руб. Коп. Rp: *Gel Diclophenaci 5%-30,0*

*... ... ... ... ...* .D.t.d.*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..*

*... ... ... ... ...* .Signa: *Наносить тонким слоем на область коленного сустава 2 раза в день*... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ..

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

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

Действия фармацевта при отпуске ЛП по льготным рецептам.

1.При отпуске лекарственных препаратов по рецепту, выписанному на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л), фармацевт заполняет отметку об отпуске, одну часть отдаёт пациенту, вторую оставляет в аптеке.

2.Корешок от рецепта, выписанного на указанном рецептурном бланке, фармацевт выдает пациенту в аптечной организации, на корешке делается отметка о наименовании лекарственного препарата, дозировке, количестве, способе применения, и он остается у пациента.

3.Если препарата прописанного в льготном рецепте нет в наличии в аптеке то фармацевт может отложить на отсроченный отпуск.

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Отпущено по рецепту: Аптека№38, Мира 69 │Торговое наименование и дозировка:Аминазин 0,025│

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Дата отпуска: "22" \_июня\_\_\_\_\_ 2020 г. │Количество: №30 │

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Приготовил: │Проверил: Отпустил: │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Корешок рецептурного бланка │Способ применения: *Внутрь по 1 драже 2 раза в сутки* │

│Наименование │Продолжительность 15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней│

│лекарственного препарата: Аминазин │ │

│Дозировка: \_0,025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Количество приемов в день: 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз │

│ │На 1 прием: \_0,025\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Аминазин 0,025*  *№30 1 упаковка*  *Дудкина П.Е.*  *22.06.2020*  C:\Users\1\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\ироиии.PNG | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Отпущено по рецепту: Аптека№38, Мира 69 │Торговое наименование и дозировка:Омепразол 0,02│

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Дата отпуска: "22" \_июня\_\_\_\_\_ 2020 г. │Количество: №10 │

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Приготовил: │Проверил: Отпустил: │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Корешок рецептурного бланка │Способ применения: *Внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки* │

│Наименование │Продолжительность 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней│

│лекарственного препарата: Омкпразол │ │

│Дозировка: \_0,02 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Количество приемов в день: 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз │

│ │На 1 прием: \_0,02\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Омепразол 0,02*  *№10 1 упаковка*  *Дудкина П.Е.*  *22.06.2020*  C:\Users\1\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\ироиии.PNG | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Отпущено по рецепту: Аптека№38, Мира 69 │Торговое наименование и дозировка:Преднизолон 0,5%-15,0│

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Дата отпуска: "22" \_июня\_\_\_\_\_ 2020 г. │Количество: │

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Приготовил: │Проверил: Отпустил: │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Корешок рецептурного бланка │Способ применения:

*Наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день*

│

│Наименование │Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней │

│лекарственного препарата: Преднизолон │ │

│Дозировка: \_0,5%-15,0 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Количество приемов в день: 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз │

│ │На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Преднизолон 0,5%-15,0*  *Дудкина П.Е.*  *22.06.2020*  C:\Users\1\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\ироиии.PNG | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Отпущено по рецепту: Аптека№38, Мира 69 │Торговое наименование и дозировка:Анальгин 50%- 2ml

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Дата отпуска: "22" \_июня\_\_\_\_\_ 2020 г. │Количество: №10 │

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Приготовил: │Проверил: Отпустил: │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Корешок рецептурного бланка │Способ применения: *Внутрь по 1 капсуле 2 раза в сутки* │

│Наименование │Продолжительность 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней│

│лекарственного препарата: Анальгин │

│Дозировка: \_50%-2ml \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Количество приемов в день: 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз │

│ │На 1 прием: \_2 ml\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Анальгин 50%-2ml*  *№10 1 упаковка*  *Дудкина П.Е.*  *22.06.2020*  C:\Users\1\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\ироиии.PNG | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Отпущено по рецепту: Аптека№38, Мира 69 │Торговое наименование и дозировка: Диклофенак 5%-30,0│

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Дата отпуска: "22" \_июня\_\_\_\_\_ 2020 г. │Количество: │

├─────────────────────────────────────────────────────┼────────────────────────────────────────────────┤

│Приготовил: │Проверил: Отпустил: │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

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

┌─────────────────────────────────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────┐

│Корешок рецептурного бланка │Способ применения:

*Наносить тонким слоем на область коленного сустава 2 раза в день*

│

│Наименование │Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней │

│лекарственного препарата: Диклофенак │ │

│Дозировка: \_5%-30,0 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Количество приемов в день: 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз │

│ │На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. │

└─────────────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────────────────┘

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Диклофенак 5%-30,0*  *Дудкина П.Е.*  *22.06.2020*  C:\Users\1\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\ироиии.PNG | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

**Приложить:**

1.Копии рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов, оформленных к отпуску в аптеке (5 рецепт).

**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**».**

Отчет о выполненной работе:

**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.

При отпуске лекарственных препаратов по рецепту фармацевтический работник проставляет отметку на рецепте об отпуске лекарственного препарата с указанием:

1. наименования аптечной организации (фамилии, имени, отчества (при наличии) индивидуального предпринимателя);

2. торгового наименования, дозировки и количества отпущенного лекарственного препарата;

3. фамилии, имени, отчества (при наличии) фармацевтического работника, отпустившего лекарственный препарат, и его подписи;

4. даты отпуска лекарственного препарата.

При отпуске лекарственных препаратов по рецепту, выписанному на рецептурном бланке формы N 107-1/у,(148-1/у 88 ) остаётся и хранится в аптеке 3 года ) срок действия которого составляет один год , и в котором указаны периоды и количество отпуска лекарственного препарата (в каждый период), на рецепте проставляется штамп "Лекарственный препарат отпущен" и рецепт возвращается лицу.

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.

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)

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

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

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

Дата рождения *01.01.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Сидорова Е.Н*

руб.|коп.| Rp.Tabl. Chlorpromazini 0,1

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

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Аминазин 0,1*  *№10 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..* C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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)

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

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

Пациента *Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *01.01.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Сидорова Е.Н.*

руб.|коп.| Rp. Omeprazoli 0,02

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

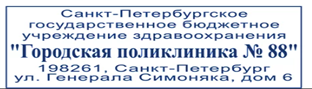
месяцев)

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Омепразол 0,02*  *№30 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..* C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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)

"\_*26*\_" \_*июня* 20*20* г.

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

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

Дата рождения *01.01.1990* \_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_*Сидорова Е.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.*Tabl. Buspironi 0.01*

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

..............*S. По 1 таблетке 1 раз в день.*...........

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Спитомин 0,01*  *№10, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..* C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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 3 8 N 3 8 2 0 6*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*26*" \_*июня*\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения \_*01.01.1990*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*337793 г.Красноярск ул. Молокова 31д*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е. Н*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Tabl. Zolpidemi 0.005

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

................................S. По 1 таблеткt 2 раза в день.............

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

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

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

Снимок

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Санвал 0,01*  *№10, 1 упаковка*C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *Врач Сидорова Е.Н.*  *Дудкина П.Е.*  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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 3 8 N 3 8 2 0 6*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*26*" \_*июня* 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения \_*01.01.1990*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*337793 г.Красноярск ул. Молокова 31д*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е. Н*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl. Phenobarbitali 0.1*

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

*................................S. По 1 таблетке 1 раз в день*.............

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

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

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

Снимок

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Фенобарбитал 0,1*  *№10, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..*  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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 3 8 N 3 8 2 0 6*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "*19*" \_*июня* 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения \_*01.01.1990*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*337793 г.Красноярск ул. Молокова 31д*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Е. Н*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Tabl. Klozapini 0.1*

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

*................................S. По 1 таблетке 1 раз в день*.............

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

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

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

Снимок

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Азалептин 0,1*  *№50, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..*  *26.06.2020*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

1.2 Заполните таблицу.

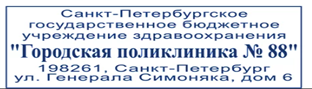
Таблица 1 - Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  проставляется печать аптеки, с  указанием полного наименования  (при наличии печати)  -выдается сигнатура с желтой  полосой в верхней части и  надписью черным шрифтом на ней  "Сигнатура"  - отпускаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность, лицу, указанному в рецепте, его законному представителю или лицу, имеющему оформленную в соответствии с законодательством РФ доверенность. |
| При отпуске иммунобиологического лекарственного препарата | -на рецепте или корешке рецепта,  который остается у лица,  приобретающего (получающего) ЛП,  указывается точное время (в часах  и минутах)  - наличие у покупателя специального термоконтейнера, в который помещается лекарственный препарат;  -разъяснения необходимости доставки данного ЛП в мед. организацию при условии хранения в специальном термоконтейнере в срок, не превышающий 48 часов после его приобретения. |

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)

"\_*26*\_" \_*июня* 20*20* г.

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

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

Дата рождения *01.01.1990* \_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_*Сидорова Е.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. *Sol. Immunoglobulini 1,5ml*

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| *ООО «ФармСибКо»*  *Аптека №38*  *Раствор Иммуноглобулина 1,5 мл*  *№10, 1 упаковка*  *Дудкина П.Е..* C:\Users\1\Desktop\ироиии.PNG  *26.06.2020*  *13:50*  ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ОТПУЩЕН | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК**

**НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](about:blank)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

штамп медицинской организации Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ№6

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │2│2│2│1│ N │0│2│2│3│6│7│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"19" \_июня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_*Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_03514875020\_\_\_

Номер медицинской карты 6561215484152\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_\_*Сидорова Елена Николаевна*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: .Sol. Buprenorphini 0,03%-1ml............................................

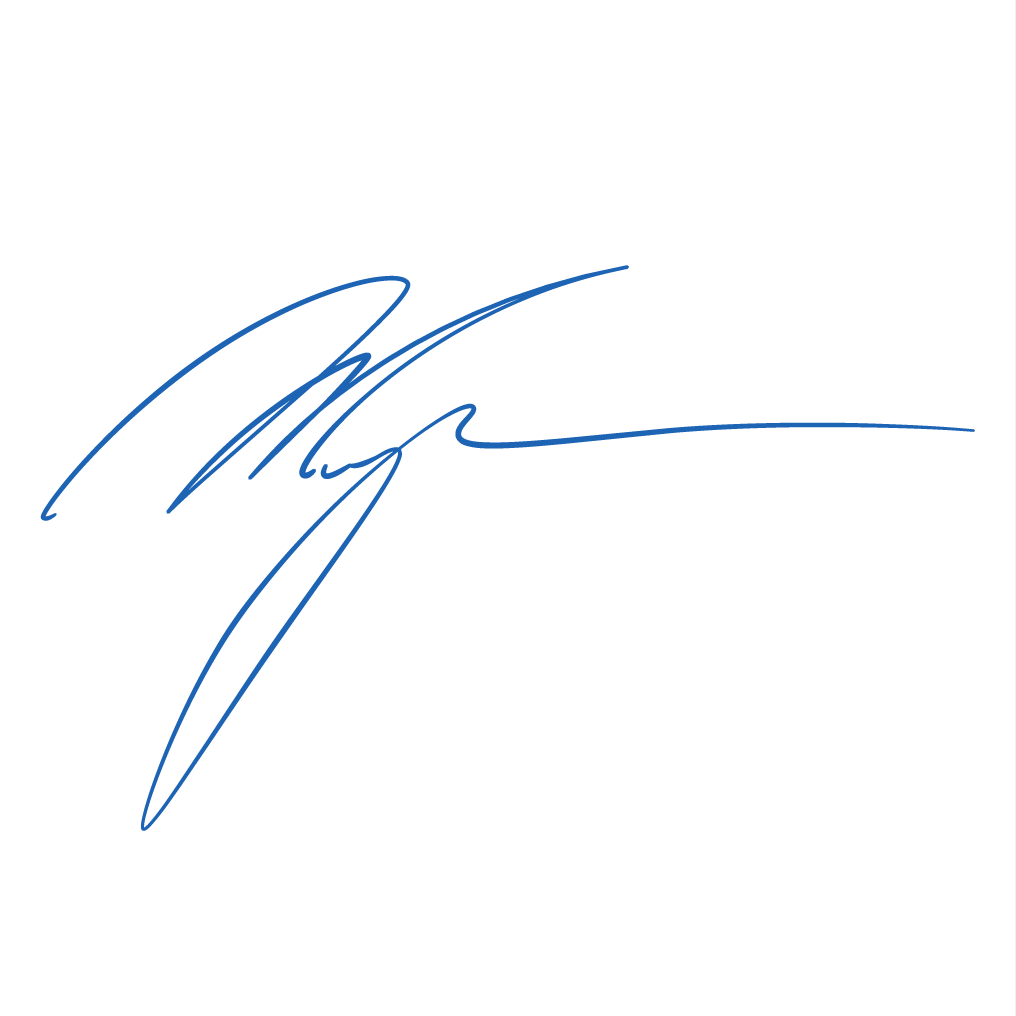
.....D.t.d № 10(десять)..............................................Снимок

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 \_*Гаврилов Михаил Иванович М*.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупранал 0,03%-1 мл №5 2 упаковки, 03.04.2020 Паспорт 0415%761754*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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



Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_*Дудкина* *Полина Евгеньевна* \_\_

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

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

Оборотная сторона

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

**1.4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

**При отпуске лекарственного препарата фармацевтический работник информирует лицо, приобретающее (получающее) лекарственный препарат:**

− о режиме и дозах приема лекарственного препарата,

− 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,

− скрывать информацию о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену.

Запрещается отпуск фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных препаратов.

|  |  |
| --- | --- |
| Аминазин таблетки | Феназепам таблетки |
| Проинформировать о режиме и дозах приёма.  Можно записать на упаковке препарата.  Так как данные препараты рецептурного отпуска то , режим и дозы устанавливает врач | |
| Проинформировать о правилах хранения. | |
| В сухом защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °C.  В недоступном для детей месте. | В сухом, защищенном от света месте, при температуре не выше 30 °C.  В недоступном для детей месте . |

**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.

Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **1** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница | | | | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата составления | Код вида операции | Отправитель | | Получатель | | Корреспондирующий счет | | Учетная  единица  выпуска  продукции (работ,  услуг) |
| структурное  подразделение | вид  деятельности | структурное  подразделение | вид  деятельностиЗаказать печать для предприятия и организации, фирм и юр лиц | счет, субсчет | код аналитического учета |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 38

Снимок

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова Е.Н. | Разрешил | Главный врач (подпись) Шишкина А. 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 |
| Sol. Trimeperidini 0,01-1ml № 10  D.S. |  |  | Уп. | 5 | 5 | 123,00 | 615,00 |  |
| Sol.Buprenorfini 0,3-1ml D.S. Внутримышечно |  |  | Уп. | 1 | 1 | 438,00 | 438,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 1053,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Одна тысяча пятьдесят три рубля | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав.аптекой |  | подпись |  | Казакова Е. Н. | **Получил** | Мед. сестра |  | подписьСнимок |  | Сидорова И. И. |
|  | (должность) |  | (подпись)Снимок |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Типовая межотраслевая форма № М-11 Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ №** | **2** |  | | Коды |
| Форма по ОКУД | | | | | | 0315006 |
| Организация | Краевая клиническая больница | | | | 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, субсчетЗаказать печать для предприятия и организации, фирм и юр лиц | код аналитического учета |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 38

Снимок

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова И. И. | Разрешил | Главный врач (подпись) Шишкина А. 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 |
| Sol. Natrii chloridi 0.9%-500ml  D.S. Для инфузий |  |  | Уп. | 5 | 5 | 98,00 | 490,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 490,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Четыреста девяносто рублей | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Зав.аптекой |  | подписьСнимок |  | Казакова Е. Н. | **Получил** | Мед. сестра |  | подписьСнимок |  | Сидорова И. И. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

**3. Ситуационные задачи**.

**Больной подал фармацевту рецепт с просроченным сроком действия. Фармацевт отказывается по нему выдать лекарства. Больной возмущается: "Бюрократы, формалисты!». Что следует в этой ситуации делать фармацевту?**

**-**Фармацевту нужно объяснить пациенту, что он не имеет права отпустить препарат по просроченному рецепту. Нужно сказать пациенту, чтобы он снова шел к врачу и в следующий не откладывал надолго получение лекарств.

**Больной подал провизору измятый и порванный рецепт, потому прочитать его содержание было очень трудно. Как поступить фармацевту?**

**-**В первую очередь, нужно извиниться перед пациентом и сказать, что прочитать содержание рецепта очень трудно 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 Дудкина Полина Евгеньевна

Группа 201-1 Специальность «Фармация»

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17 июня по 01 июля 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 | 18 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 2 |
| 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) | - |

Б. Текстовой отчет

Программа производственной практики выполнена в полном объеме. За время прохождения практики мною были закреплены знания такие как:

* Хранение и отпуск лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента;
* Порядок закупки и приема товаров от поставщика.
* Закреплены знания нормативной документации, регулирующие работу аптечных организаций

Так же во время практики я освоила практические умения в:

* Организации работ по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности;
* Организации приема, хранении, учете, отпуске лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента;
* Пользованиия компьютерным методом сбора, хранения и обработки информации, применяемой в профессиональной деятельности, прикладными программами обеспечения фармацевтической деятельности.

Студент Дудкина П.Е.

(подпись) (ФИО)

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

(подпись) (ФИО)

« 01 » июля 2020 г. м.п.