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\_Легковой Натальи Сергеевной

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «01» июня 2020г.

Руководители практики:

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

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

Методический – Ф.И.О. (его должность) Казакова Елена Николаевна (преподаватель)

**Оглавление**

[**1. Цель и задачи прохождения производственной практики** 3](#_Toc44354298)

[**2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.** 3](#_Toc44354299)

[**3. Тематический план** 4](#_Toc44354300)

[**4. График прохождения практики** 5](#_Toc44354301)

[**Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов)** 7](#_Toc44354302)

[**Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов).** 28](#_Toc44354303)

[**Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов).** 43](#_Toc44354304)

[**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ** 68](#_Toc44354322)

# **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 | 12:00 | 18:00 | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 18.06 | 12.00 | 18:00 | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 19.06 | 12.00 | 18:00 | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 20.06 | 12.00 | 18:00 | Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 22.06 | 12.00 | 18:00 | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 23.06 | 12.00 | 18:00 | Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 25.06 | 12.00 | 18:00 | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н.* |
| 26.06 | 12.00 | 18:00 | Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов. | *5*  *Казакова Е.Н.* |

# **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».

**Задания:**

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

1.1 Составить проект рабочего места фармацевта аптеки по приему рецептов.

1.2 Составить проект рабочего места фармацевта производственной аптеки по приему требований-накладных от медицинской организации.

Привести описание следующего оснащения:

* мебель;
* оборудование;
* нормативные документы, справочники и другое;
* компьютерное программное обеспечение;
* штампы, печати;
* первичные учетные формы (журналы).

Проекты представить в виде таблиц:

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

|  |  |
| --- | --- |
| Мебель | Стол с выдвижными ящиками; стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой; шкафы выдвижные; стеллажи для хранения готовых лекарственных средств. |
| Оборудование | Холодильник для термолабильных лекарств; 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 А и Б). |
| Нормативные документы, справочники и другое | Действующие приказы МЗ РФ № 4н, 646н, 647н, 403н, 54н, 706н, 110; Государственная Фармакопея 14; памятка по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков. |
| Компьютерное программное обеспечение | Программное обеспечение 1С. |
| Штампы, печати | Штамп аптечной организации; печать аптечной организации; штамп «лекарственный препарат отпущен», «рецепт не действителен». |
| Первичные учетные формы (журналы) | Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов; журнал учёта операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| Мебель | Стол с выдвижными ящиками; стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой; шкафы выдвижные; шкаф с двумя поворотными секциями со встроенными вертушками для приготовленных лекарств; вертушку для готовых лекарственных средств. |
| Оборудование | Холодильник для термолабильных лекарств; сейф и несгораемый металлический шкаф для хранения лекарственных средств (наркотических, сильнодействующих и ядовитых и их субстанций); отдельные шкафы для красящих и пахучих лекарственных средств; приборы для веса и объема; канкулятор. |
| Нормативные документы, справочники и другое | Приказы МЗ РФ № 403н, 751н, 308; Государственная Фармакопея 14; памятка по проведению фармацевтической экспертизы; таблицы высших разовых и суточных доз, литературой по совместимости и взаимодействию лекарственных средств; таблица потерь; таблицы цен, тарифы и таксы на изготовление лекарственных средств; |
| Компьютерное программное обеспечение | Программное обеспечение 1С. |
| Штампы, печати | Печать аптечной организации. |
| Первичные учетные формы (журналы) | Лабораторно-фасовочный журнал. |

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

2.1 Используя нормативные документы, опишите правила назначения лекарственных препаратов по рецептам:

- категории медицинских работников осуществляющих назначение ЛП;

(Назначение ЛП осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача в порядке, установленном приказом МЗ и социального развития РФ №252н).

- документ, содержащий сведения о назначенном ЛП;

(Сведения о назначенном ЛП вносятся медицинским работником в медицинскую документацию пациента).

- условия назначения ЛП и оформления рецепта пациенту, которому оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях;

(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 (пациенту или его законному представителю) одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты).

- условия назначения лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии;

(При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, разработанных в соответствии с пунктом 4 статьи 10 ФЗ №323. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.)

- группы ЛП, на которые запрещается выписывать рецепты индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность.

(Индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, запрещается оформлять рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесённые в списки 2 и 3 перечня.)

2.2 Медицинские организации, выписавшие рецепты на лекарственные препараты.



**Название аптеки**: Аптека «На Взлетке» расположена по адресу г.Красноярск, ул.Октябрьская , 1, в жилом доме, который находится в спальном районе.

**Режим работы:** Ежедневно с 9:00-20:00

**Форма собственности:** частная (собственность граждан или юридических лиц).

**Отделы аптеки:**

1. Отдел готовых лекарственных средств;
2. Отдел безрецептурного отпуска;
3. Торговый зал;
4. Комната отдыха персонала;
5. Помещения для хранения дезинфицирующих средств и уборочного инвентаря;
6. Туалетная комната.

**Основной ассортимент состоит из:**

1.Лекарства от хронических болезней;

2.Недорогие препараты (как правило, аналоги), средства от простуды и обезболивающие;

3.Детские товары.

Товары дополнительного ассортимента:

1.Косметические средства - крема, шампуни;

2.Товары для женщин - тампоны, прокладки, средства овуляции, тест на беременность;

3.Средства для здоровья - ингаляторы, глюкометры, тонометры;

4.Изделия очковой оптики, мягкие контактные линзы;

5.Минеральные воды;

6.Продукты и пищевые добавки лечебного и профилактического назначения;

**Торговый зал.**

В торговом зале аптеки закрытая выкладка товара.

Лекарственные препараты расположены по фармакологическим группам:

БАДы-по способу применения, косметика- по производителю и по области применения, детское питание и предметы для ухода за детьми- по производителям, диетическое питание, медицинская техника и аппараты расположены по области применения на отдельных витринах.

Высота витрин и стеллажей позволяет покупателю рассмотреть нужный ему товар.

Основная информация на упаковке легко читается, не закрывается другими упаковками и ценниками. На витринах соблюдается цветовая гамма, весь товар хорошо виден на светлом торгом оборудовании. Товары на витринах выложены вертикально и горизонтально. Массовая выкладка товара и наполненность витрин соблюдается.

В интерьере используются цвета- белый, зеленый, светло- желтый. Имеются вывески по разделению товаров аптечного ассортимента. Освещение в аптеке как искусственное , так и естественное. Музыка в аптеке отсутствует.

**Медицинские организации** которые располагаются рядом с аптекой, являются источником потенциальных потребителей рецептурных ЛП это:

- Медицинский центр «На Взлетке»

-Стоматология «Дентиста»

-Медицинский центр «Мать и дитя»

-Стоматология «Нита»



Рис. 1 Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой…

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

3.1 Используя нормативные документы, вспомните реквизиты рецептурных бланков и заполните Таблицу 3.

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. | + | + | + | + |
| Отметка категории пациента (детский, взрослый), его возраст  (кол-во полных лет) или дата рождения (число, месяц, год). | + | + | + | + |
| Дата выписки рецепта. | + | + | + | + |
| Ф.И.О. пациента (полностью) | + | + | + | + |
| Ф.И.О. медицинского работника (лечащего врача, врача, фельдшера, акушерки) полностью. | + | + | + | + |
| Наименование ЛС, количество | + | + | + | + |
| Личная печать медицинского работника | + | + | + | + |
| Подпись медицинского работника | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта. | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Прописи наименований рецепта не более трех | + | - | - | - |
| Пропись наименований рецепта одна | - | + | + | + |
| Серия и номер рецепта | - | + | + | + |
| Адрес или номер карты амбулаторного больного | - | + | + | + |
| ФИО и подпись уполномоченного лица МО | - | - | + | - |
| Печать ЛПУ «Для рецептов» | - | + | + | + |
| Отметка аптечной организации об отпуске | - | - | + | - |
| ФИО и подпись работника аптечной организации | - | - | + | - |
| Серия и номер полиса ОМС | - | - | + | + |
| Номер СНИЛС | - | - | - | + |
| Код ИП | - | - | - | + |
| Код категории граждан | - | - | - | + |
| Код нозологической формы ( по МКБ) | - | - | - | + |
| Источник финансирования | - | - | - | + |
| % оплаты | - | - | - | + |
| Отметка на лицевой стороне специалиста аптечной организации, отметка на корешке | - | - | - | + |

3.2 Анализ ЛП, отпускаемых по рецепту (см. Индивидуальные задания).

Провести анализ, заполнить таблицу 4.

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 |
|  | Промедол, табл. | Тримеперидин | Анальгезирующее наркотическое средство  N01AH | Список II  Пп №681 | 107-1/у-НП | 5 лет | 50 таблеток |
|  | Дюрогезик Матрикс, ТТС | Фентанил | N02AB03  Анальгезирующее наркотическое средство | Список II  Пп №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | 20 пластырей |
|  | Сомнол, табл. | Зопиклон | снотворное средство  N05CF01 | Пп №964  Список сильнодейтсвующих | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлено |
|  | Клофелин, р-р д/вв | Клонидин | гипотензивное средство центрального действия  C02AC01 | Пп №964  Список сильнодейтсвующих | 148-1/у-88 | Не хранится | Не установлено |
|  | Фенибут, табл. | Аминофенилмасляная кислота | другие психостимуляторы и ноотропные препараты  N06BX22 | П.4  №562 | 107-1/у | Не хранится | Не установлено |
|  | Тропикамид, глаз.капли | Тропикамид | м-холиноблокатор  S01FA06 | Пп №183  1У | 148-1/у-88 | Не хранится | Не установлено |
|  | Амитриптилин, табл. | Амитриптилин | Антидепрессант  N06AA09 | Пп №964  Список сильнодейтсвующих | 107-1/у |  | Не установлено |
|  | Терпинкод табл | Кодеин+Натрия гидрокарбонат+Терпингидрат | противокашлевое средство комбинированное (противокашлевое опиоидное средство+отхаркивающее средство)  R05FA02 | Пп №562н  П5а | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлено |
|  | Тетралгин табл**.** | - | анальгезирующее средство комбинированное (анальгезирующее опиоидное средство+анальгезирующее ненаркотическое средство+психостимулирующее средство+барбитурат)  N02BB72 | Пп №562н  П5а | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлено |
|  | Ларигама, табл. | Пиридоксин+Тиамин+Цианокобаламин+[Лидокаин] | витамины группы B+прочие препараты  A11DB, N07X | Пп №964  Список сильнодейтсвующих | 107-1/у | - | Не установлено |

**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 "20" июня 2020 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента *Шмидт А.Ю*

Дата рождения *23.09.1996*

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *9384702848*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

Руб. Коп. Rp: *Codeini 0,008*

 *Natrii hydrocorbonatis 0,2*

 *Herbae Thermopsidis lanceolarae 0.02*

*D.t.d. № 10 in tab.*

*S. По 1 таблетке 3 раза в день*

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

Подпись и печать лечащего врача  М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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)

*По специальному*

*назначению*

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 0 4 № 3 3 5

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "20" \_\_\_\_\_июня 2020г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения 09.07.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 89708 г.Красноярск,Взлетная 4\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Легкова Н.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:Tabl. Clozapini 0,025

D.t.d № 240

S.По 2 таблетки 2 раза в день

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

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

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

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



Подпись и печать лечащего врача  М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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 4 № 3 3 5*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

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

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

Дата рождения *09.07.1987*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *89708 г.Красноярск, Взлетная 4\_*

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

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

Руб. Коп. Rp: *Fentanili 50 mkg/h*

*D.t.d № 30 (тридцать)*

*S.По 1 пластырю при болях*

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

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

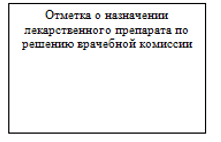
...........................................................................

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

Подпись и печать лечащего врача  М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

*КППУК Аптека №3*

*Дюрогезик*

*№5( 2 упаковки)*

*Легкова Н. С.*

*20.06.xx*





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) *Ежемесячно*

* *По специальному назначению*

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"**20**" **июня** 20**20** г.

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

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

Дата рождения 09.07.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Легкова Н.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.Tabl.Niphedipini 0,01

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

..............S.По 1 таблетке 3 раза 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 (\_\_\_\_шесть\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК**

**НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](consultantplus://offline/ref=76BE43051B68D73C6FC71F624271ACB8E687A048CC9C60DFF49F9F7E40eCg1F)

Российской Федерации Медицинская документация

Форма N 107/у-НП,

 утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

** штамп медицинской организации Российской Федерации

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

РЕЦЕПТ *По специальному назначению*

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │4 5 6 │ N 4 5 5 6 │ │

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"20"июня 2020 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов С. И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст 26 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 987687

Номер медицинской карты 57545778877

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) Легкова Н.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: Tabl.Dihydrocodeini 0,06

D.t.d №80 (восемьдесят)

 S.По 1 таблетке 2 раза в день



Подпись и личная печать врача

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

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации Иванова Мария Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

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

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

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

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

4.2 Подготовить памятку по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков.

Фармацевт должен:

1. Определить, к какому списку (перечню) относится выписанный в рецепте ЛП.

2. Обосновать выбор медицинским работником формы рецептурного бланка.

3. Определить набор необходимых основных и дополнительных реквизитов рецепта и их наличие.

4. Провести проверку доз (для экстемпоральных ЛП), ПДК и РК выписанного ЛП, если они имеются.

5. Определить возможность принятия рецепта в работу в силу ограниченности срока действия.

6. Принять решение о возможности отпуска выписанного в рецепте лекарственного препарата.

7. В случае невозможности отпуска ЛП по рецепту, в оформлении которого допущены нарушения, определиться

со своими дальнейшие действиями в данной ситуации.

8. В случае возможности отпуска ЛП осуществить таксировку и отпуск ЛП пациенту после его изготовления

(для экстемпоральных ЛП), либо таксировку и отпуск ЛП, дать рекомендации о порядке приема ЛП и его

хранении в домашних условиях.

9. Осуществить регистрацию рецептов (для экстемпоральных ЛП) и операций, связанных с обращением

отдельных групп ЛС, указать срок хранения рецепта в аптеке, если он установлен.

4.2 Опишите порядок действий фармацевта, согласно приказу, если рецепт выписан с нарушением установленных правил.

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

4.3 Приведите пример оформления записи в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов*** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | Дата | Наименование медицинской организации | ФИО медицинского работника | Содержание рецепта | Нарушения | Принятые меры | ФИО специалиста аптечной организации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | 20.06.2020 | Городская клиническая больница № 00 | Шмидт М.П. | Таблетки Фентанил 0,01 | Отсутствует кратность отпуска ЛС и печать «для рецептов» | Отправить пациента в ЛПУ на изменение рецепта, проставить штамп «рецепт не действителен», | Легкова Наталья Сергеевна |

# **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.**

Алгоритм для проведения фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов:

1. Определить правомочность лица, выписавшего рецепт;
2. Определить соответствие формы рецептурного бланка требованиям регламентов;
3. Определить наличие основных реквизитов рецепта:

* Штамп ЛПУ;
* Дата выписки рецепта;
* ФИО больного, дата рождения;
* ФИО медицинского работника;
* Наименования ингредиентов на латинском языке, МНН, количество;
* Способ применения на русском языке, кроме указаний типа «Внутреннее», «Известно»;
* Подпись и личная печать врача;

1. Определить наличие дополнительных реквизитов рецепта:

* Печать для рецептов;
* Печать ЛПУ;
* Номер, серия рецепта;
* Номер амбулаторной карты(истории болезни) или адрес больного;
* Подпись главного врача или уполномоченного лица;

1. Определить срок действия рецепта;
2. Соответствие прописанных в рецепте количеств ЛП предельным нормам единовременного отпуска;
3. Вывод о соответствии поступившего рецепта требованиям регламентов.

При несоответствии ставится штамп «Рецепт не действителен».

Регистрация в журнале неправильно выписанных рецептов.

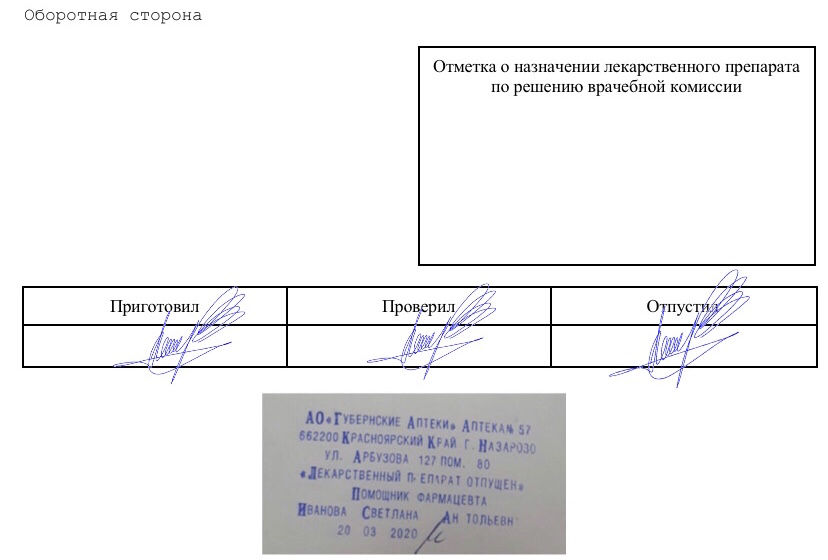
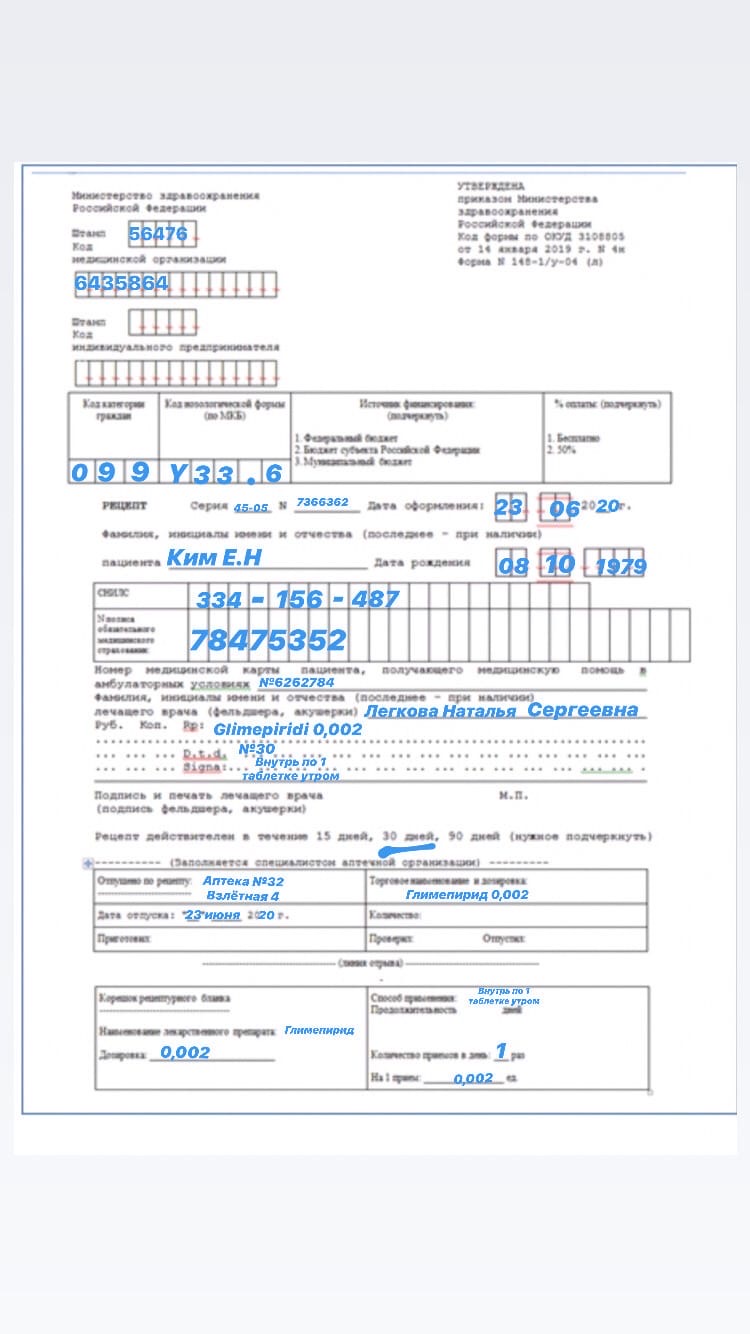
**2. Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска.**

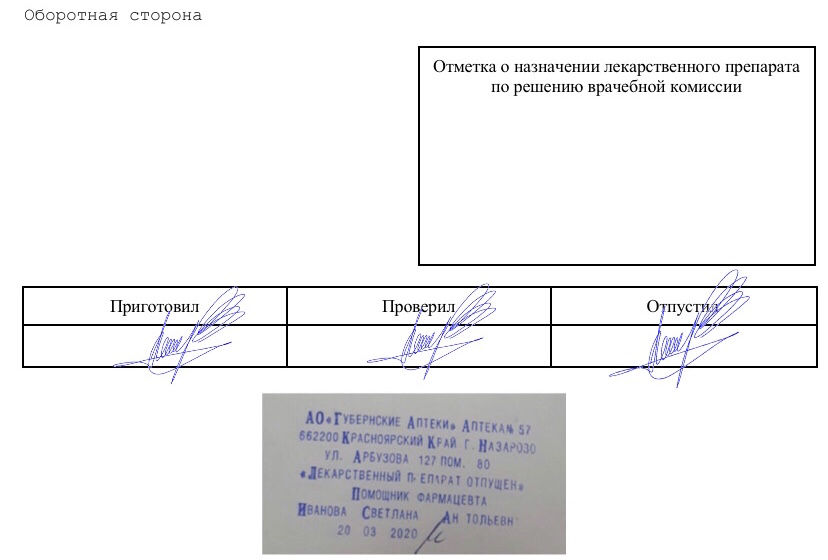
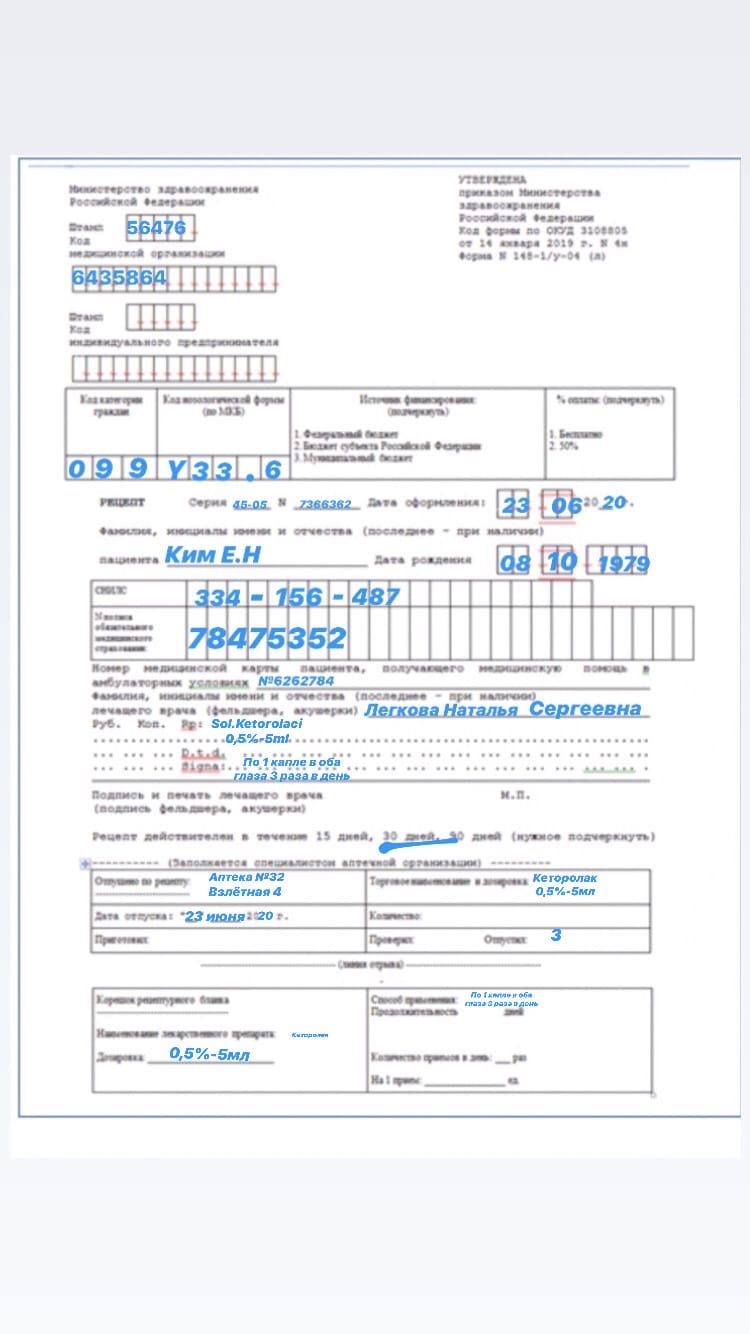
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | МНН | Торговое наименование | Код АТХ\* | Форма  дополнительного  рецептурного бланка к льготному рецепту | Категория граждан | Вид бюджета *(федеральный, краевой),*  % скидки *(50%, 100%)* | Срок действия рецепта | Срок хранения рецепта в аптеке |
|  | Glimepiridi 0,002  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке утром | | Глимепирид | A10BB12 | - | Больной сахарным диабетом | Краевой  100% | 30 дней | 3 года |
|  | Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml  D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день | | Кеторолак | M01AB15 | - | Ветеран боевых действий | Федеральный  100% | 30 дней | 3 года |
|  | Thiotropii bromidi 0,00018  D.t.d. N.30  S. По 1 капсулев сутки с помощью ингалятора ХандиХалер | | Тиотропия бромид | R03BB04 | - | Больные бронхиальной астмой | Краевой  100% | 30 дней | 3 года |
|  | Sol.Morphini 1% - 1ml  D.t.d. N.60 in amp.  S. Вводить под кожу по 1 мл при болях | | Морфин | N02AA01 | 107-1/у-НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой  100% | 15 дней | 5 лет |
|  | Metamizoli natrii 0,3  Phenobarbitali 0,01  Coffeini 0,05  Codeini 0,008  D.t.d. N.10 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | | Метамизол натрия | N02BB02 | - | Ветеран труда Красноярского края | Федеральный  100% | 15 дней | 3 года |
|  | Phenobarbitali 0,1  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке на ночь | | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Больной эпилепсией | Краевой  100% | 15 дней | 3 года |
|  | Tabl. Moxonidini 0,0002 N.50 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день | | Моксонидин - СЗ | C02AC0 | - | Ветераны труда края | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
|  | Sol. Magnii sulfatis 25%-10 ml D.t.d. N.10 in amp.  S. Внутривенно | | Магния сульфат | B05XA0 | - | Дети-инвалиды | Федеральный бюджет | 90 дней | 3 года |
|  | Tabl. Diclophenaci 0,01  N.20 D.S. Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день | | Диклофенак | M01AB0 | - | Женщины в период беременности | Федеральный бюджет  100% | 90 дней | 3 года |
|  | Rp: Sol. Pilocarpini  2% -10ml  D.S.Глазные капли. По 1 кап. 4-6 раз в день в оба глаза. | | Пилокарпин | S01EB01 | - | Детские церебральные параличи | 100%. Краевой | 30 дней | 3 года |

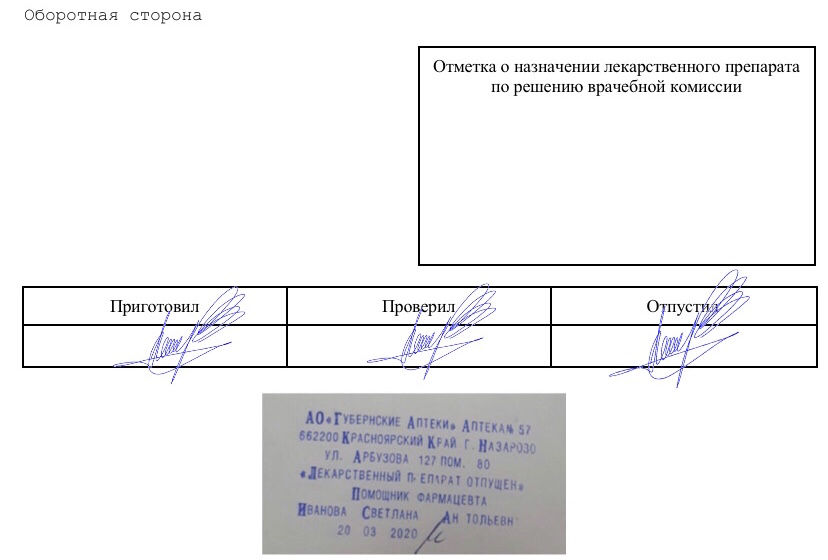
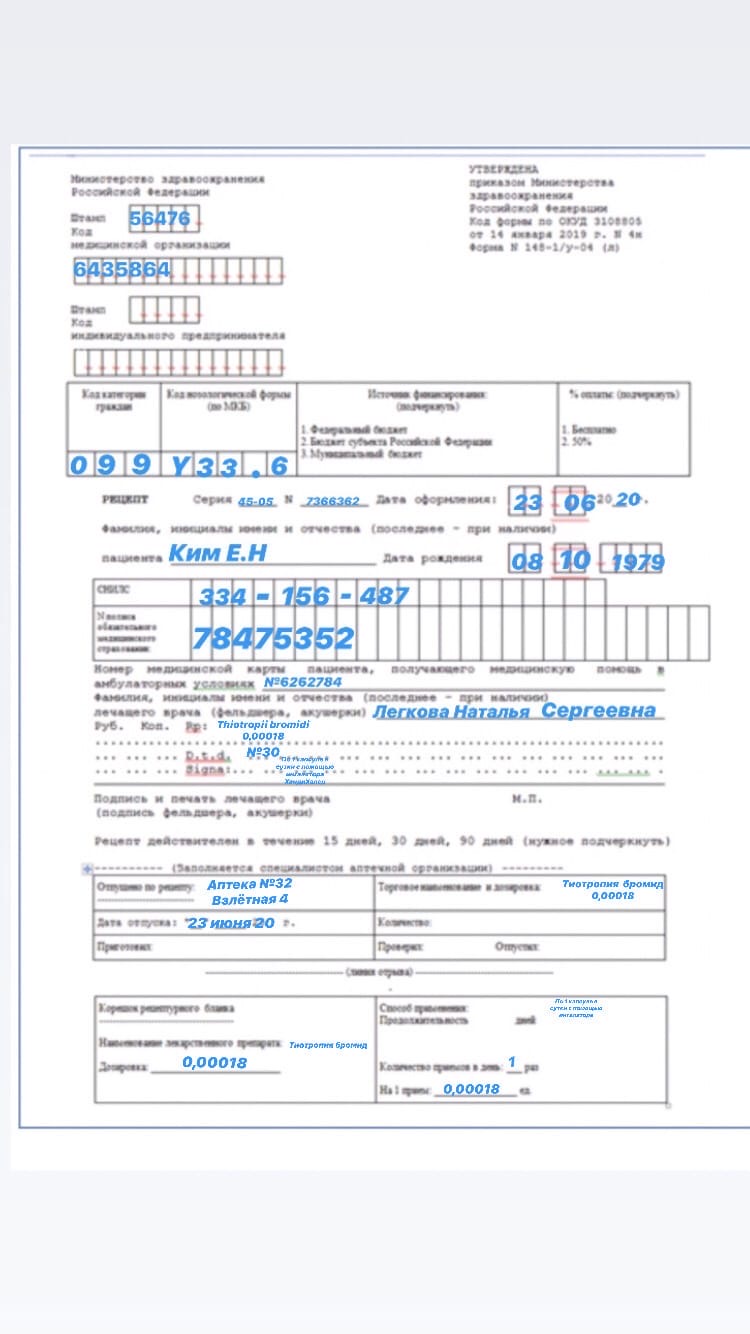
**3. Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов.**

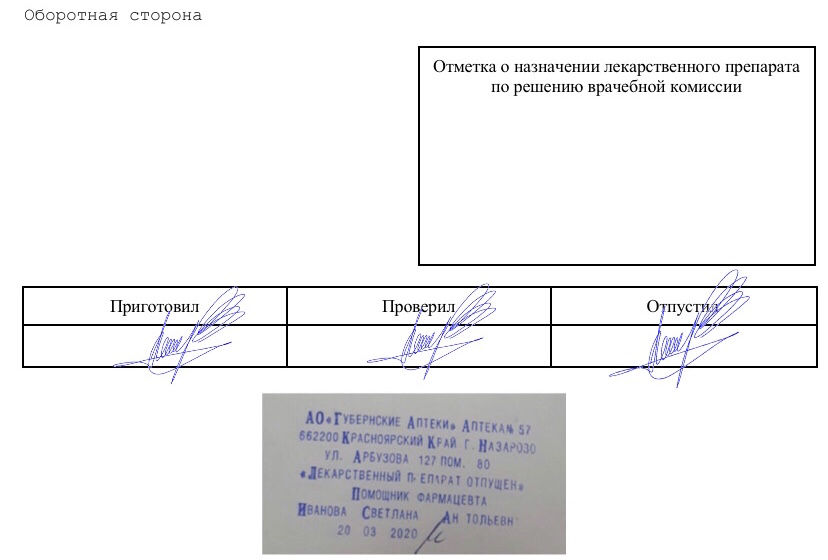
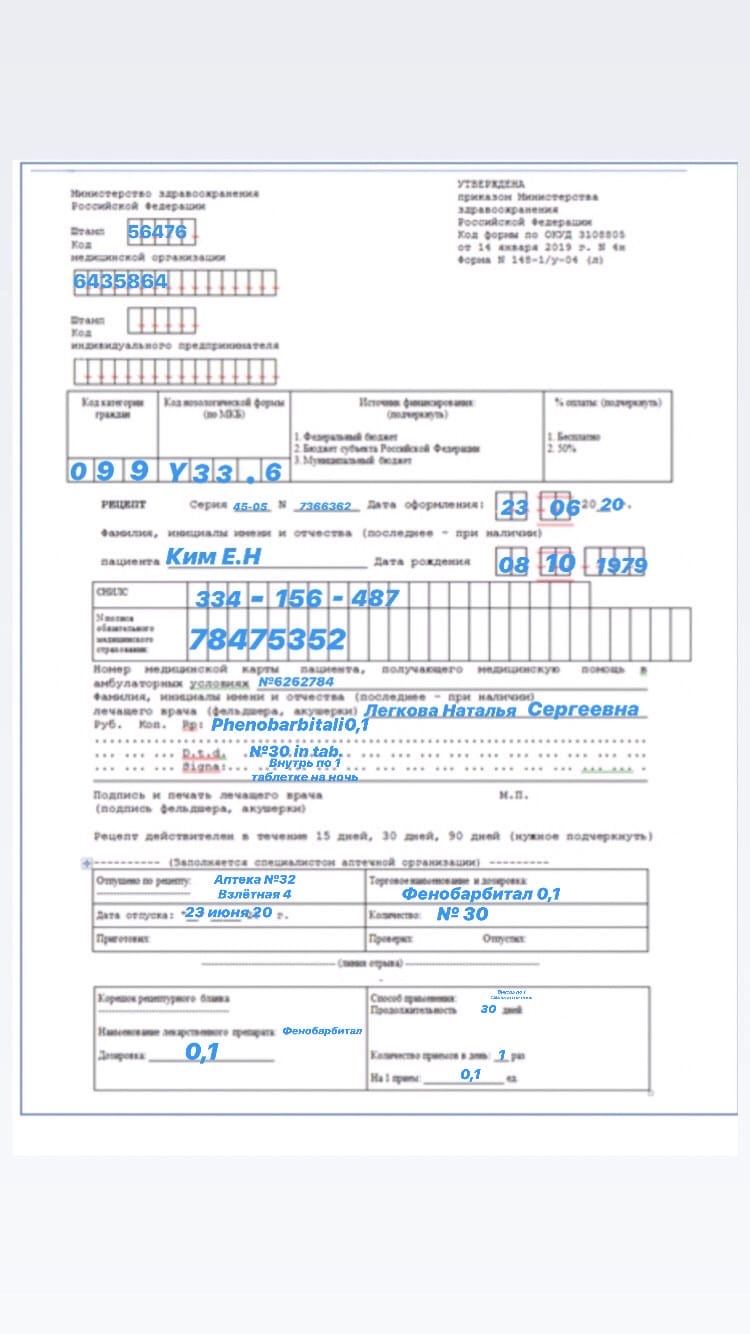
Действия фармацевта при отпуске ЛП по льготным рецептам:

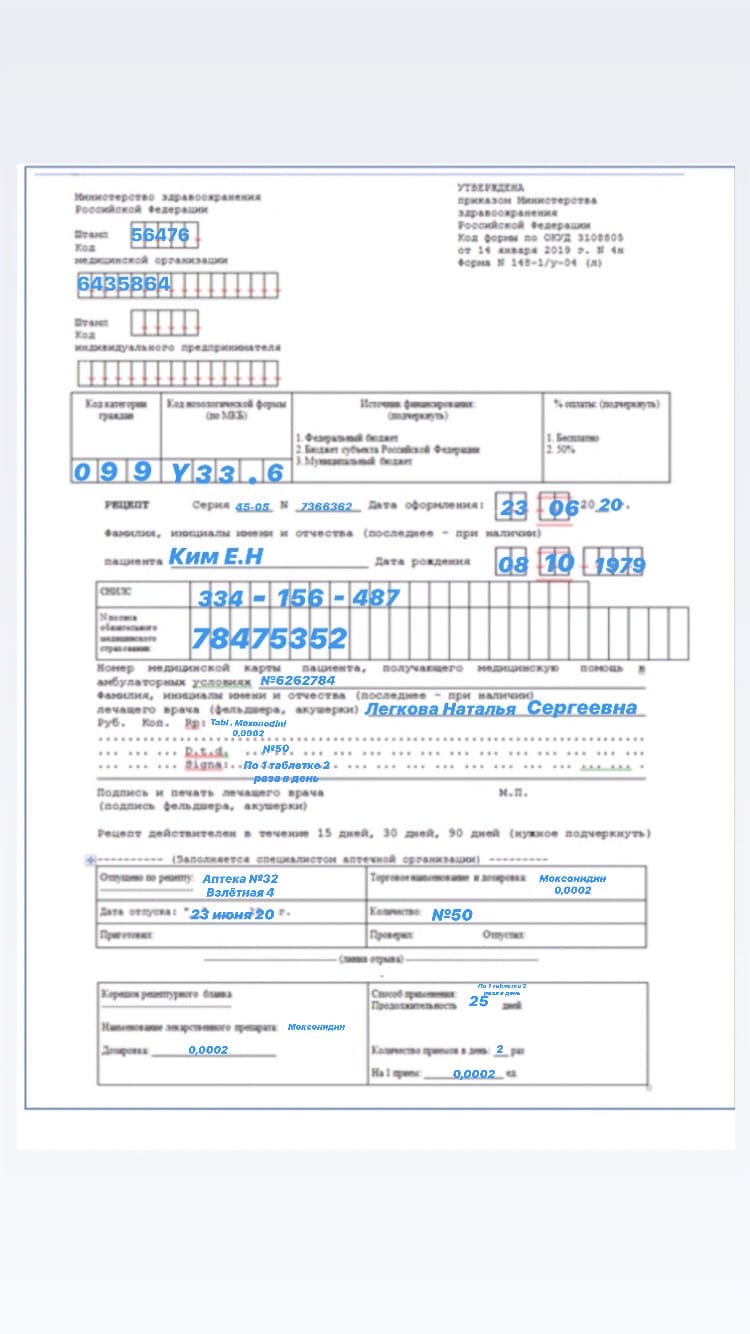
При отпуске лекарственных препаратов по рецепту, выписанному на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л), нужно заполнить отметку об отпуске, одну часть отдать пациенту, вторая остаётся в аптеке. Корешок от рецепта, выписанного на указанном рецептурном бланке, выдается пациенту (лицу, его представляющему) в аптечной организации, на корешке делается отметка о наименовании лекарственного препарата, дозировке, количестве, способе применения, и он остается у пациента (лица, его представляющего).

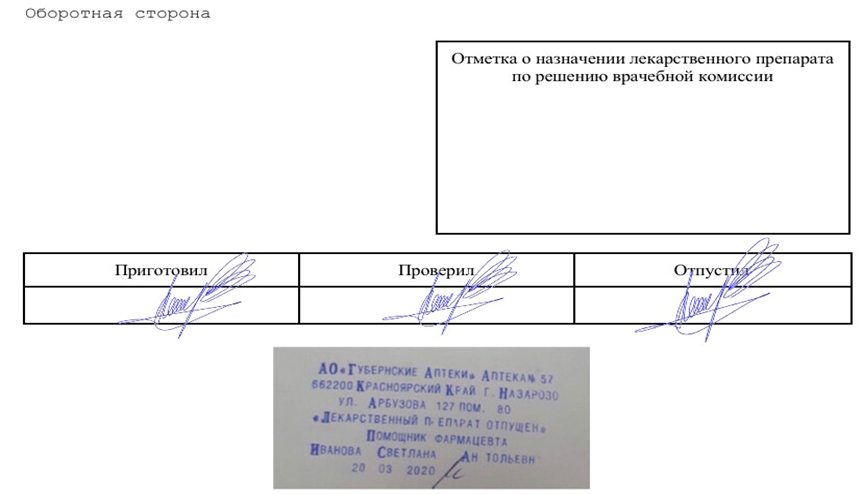
Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"

Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"

Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"

Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"

Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"Картинки по запросу "подпись врача"



# **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 *Ким А.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

руб.|коп.| Rp.Tabl.Nimesulidi 100mg

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

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

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

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Таблетки Нимесулид 100 мг №10 1 уп*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

пациента *Ким А.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

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

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

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

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Раствор Кеторолака 0.1%-1мл №10 1 уп*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/у-88

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия *0 0 8 9 N 9 7 0*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "26\_" \_\_\_\_06\_\_\_\_\_\_2020 г.

(дата оформления рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

Пациента *Ким А.Н.*

Дата рождения *30.06.1978*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях *№488575775*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Руб. Коп. Rp:Sol.Tropicamidi 0.5%-3ml

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

S.По 1 капле 2 р в день

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

Подпись и печать лечащего врача   М.П.

(подпись фельдшера, акушерки) 

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Раствор Тропикамида 0.5%-3 мл №2 фл*

*Легкова Н. С*

*26.06.20* 



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

пациента *Ким А.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

руб.|коп.| Rp.Tabl.Moxonidini 0,0002

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

*..............S.По 1 таблетке 3 р в день*.........................

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

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Таблетки Моксонидин 0,0002 мг №50 1 уп*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

пациента *Ким А.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

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

*..............S.Внутрь после еды 2-3 раза в сутки*.........................

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

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Сироп Амброксол 0,6-150 мл 1 флакон*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)  Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

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

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

пациента *Ким А.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

руб.|коп.| Rp.Omeprazoli 20 mg

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

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

*...............после еды..........*

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись  М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Капсулы Омепразола 20 мг №30 1 уп*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



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. |

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 *Ким А.П\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата рождения *30.03.1987\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) *Легкова Н.С*

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

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

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

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

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

*........*

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

**Оборотная сторона**

*Аптека №32*

*Взлетная 4*

*Раствор Иммуноглобулина 1.5 мл №10 амп*

*Легкова Н.С*

*26.06.2020*



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

Российской Федерации Медицинская документация

**Форма N 107/у-НП**,

**утвержденная приказом**

**Министерства здравоохранения**

**штамп медицинской организации Российской Федерации**

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



**РЕЦЕПТ**

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

Серия |*0 |0 3 |0 | N |7665 |0 |7* | | | |

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

"*26"06"2020*г.

(дата выписки рецепта)

(*взрослый*, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента *Ким Александра* Ивановна

Возраст *40*

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 8795 768754

Номер медицинской карты *№7665*

Ф.И.О. врачан

(фельдшера, акушерки)*Легкова Наталья Сергеевна*

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

*D.t.d №.10*

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

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

Подпись и личная печать врача  

(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации *Шишкина Татьяна Александровна* 

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупренорфин 0,03%-1мл №10 1 уп Паспорт 06003845 Серия 010158 №1071 26.06.2020*

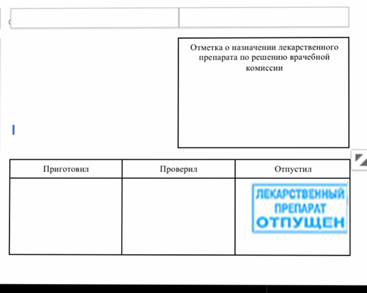
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней



**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.

|  |  |
| --- | --- |
| Амброксол сироп. | Нольпаза таблетки. |
| Проинформировать о режиме и дозах приёма.  Лучше 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 . |
| Проинформировать о взаимодействии с другими препаратами ,уточнить особые указания препаратов. | |

**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 | Заказать печать для предприятия и организации, фирм и юр лицвид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 32

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова И. И. | Разрешил | Главный врач ) 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 |  |  |  | Казакова Е. Н. | **Получил** | Мед. сестра |  |  |  | Сидорова И. И. |
|  | (должность) |  | (подпись) |  | (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 | Заказать печать для предприятия и организации, фирм и юр лицсчет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 26.06.20 |  |  |  | стационар |  |  |  |  |

Через кого Аптека № 32

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Сидорова И. И. | Разрешил | Главный врач () 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. Ketamini 5%-2,0 № 5  D.S. Внутривенно |  |  | Уп. | 15 | 15 | 56,00 | 840,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 840,00 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Восемьсот сорок рублей | | | | | | | | |

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

**3. Ситуационные задачи**.

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

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

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

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

**-**В первую очередь, нужно извиниться перед пациентом и сказать, что почерк врача неразборчив 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 Легкова Наталья Сергеевна

Группа 201 Специальность Фармация

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с «17» июня 2020 г. по «01» июля 2020 г.

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

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

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А. Цифровой отчет

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

Б. Текстовой отчет

Программа производственной практики выполнена в полном объеме.

За время прохождения практики

- закреплены знания: федеральные целевые программы в сфере здравоохранения, государственное регулирование фармацевтической деятельности;

- порядок закупки и приема товаров от поставщиков.

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

- основы фармацевтического менеджмента и делового общения.

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

- отработаны практические умения: организовывать прием, хранения, учет, отпуск лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента в организациях оптовой и розничной торговли;

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

- формировать социально-психологический климат в коллективе;

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

- приобретен практический опыт: соблюдения требований санитарного режима, охраны труда, техники безопасности;

- ведения первичной учетной документации.

- выполнена самостоятельная работа: ведение дневника , составление фармацевтической экспертизы ,составление накладных .



Студент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Легкова Н.С

(подпись) (ФИО)

Общий/непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Казакова Е.Н

(подпись) (ФИО)

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