ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**производственной практики**

Наименование практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений»

Ф.И.О \_\_\_Мальцевой Анны Владимировны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

с «17» июня 2020 г. по «1» июля 2020 г.

Руководители практики:

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

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

Методический – Казакова Елена Николаевна (Заведующая методическим отделом Фармацевтического колледжа)

**Содержание**

[1. Цель и задачи прохождения производственной практики 3](#_Toc44346145)

[2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики. 4](#_Toc44346146)

[3. Тематический план 5](#_Toc44346147)

[4. График прохождения практики 6](#_Toc44346148)

[**Тема 1. Организация работы аптеки по приему рецептов и требований медицинских организаций (18 часов)** 7](#_Toc44346149)

[1. Организация рабочего места по приему рецептов /требований 8](#_Toc44346150)

[2. Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке 12](#_Toc44346151)

[3. Правила оформления рецептурных бланков 18](#_Toc44346154)

[4. Фармацевтическая экспертиза рецепта 24](#_Toc44346157)

[**Тема 2. Организация бесплатного и льготного отпуска лекарственных препаратов (12 часов).** 31](#_Toc44346161)

[1. Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов. 32](#_Toc44346162)

[2. Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. 32](#_Toc44346163)

[3. Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов. 36](#_Toc44346164)

[**Тема 3. Организация рецептурного и безрецептурного отпуска лекарственных препаратов (6 часов).** 54](#_Toc44346165)

[1. Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам. 54](#_Toc44346166)

[2. Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций. 82](#_Toc44346170)

[3. Решение ситуационных задач 86](#_Toc44346171)

[**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ** 87](#_Toc44346172)

# **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 | Прохождение инструктажа. Изучение рабочего места фармацевта по приему рецептов и требований. |  |
| 22.06.2020 | 9.00 | 14.00 | 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. |  |
| 25.06.2020 | 9.00 | 14.00 | Ознакомление с правилами отпуска лекарственных препаратов. |  |

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

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

**Нормативные документы для изучения:**

* Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
* Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».
* Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
* Приказ Минздрава РФ от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».
* Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 26.02.2013) «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Оснащение** | **Назначение** |
| Мебель | *Оборудуется секционным столом, шкафами для хранения готовых лекарственных форм и экраном между фармацевтом и посетителями* |
| Оборудование | *Оборудуется холодильником для хранения термолабильных ЛП, шкафом для хранения лекарственных средств, вертушки для хранения изготовленных ЛФ, шкафом для хранения ядовитых и сильнодействующих ЛС, а также компьютером и кассой.* |
| Нормативные документы, справочники и другое | * *последнее издание Государственной фармакопеи РФ;* * *справочную литературу по несовместимости лекарственных препаратов;* * *справочники ЛП* * *отдельные приказы Минздрава РФ и инструктивные материалы;* * *Государственный реестр ЛС* * *Таблицы цен, тарифы на изготовление лекарств* * *Сигнатуры* |
| Компьютерное программное обеспечение | *программа для ускорения процесса продаж при помощи штрихового кодирования рецептар-АРМ* |
| Штампы, печати | *набор штампов и печати*  *-* *штамп "Лекарственный препарат отпущен"*  *- штампом "Рецепт недействителен"*  *- печать аптеки или аптечного пункта* |
| Первичные учетные формы (журналы) | *Журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов, квитанционный журнал и журнал учета рецептурных бланков.* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Оснащение** | **Назначение** |
| Мебель | *Создает рабочее место для приема рецептов. Типовое оборудование, которое включает стол с выдвижными шкафчиками, стул подъемно-поворотный конструкции с регулируемой по высоте спинкой, шкаф с двумя поворотными секциями со встроенными вертушками для приготовления лекарств, вертушку для готовых ЛС.* |
| Оборудование | *Обеспечивает максимум удобств и оперативности в работе, а также правильное хранение лекарственных средств, предназначенных к отпуску населению. Оснащается холодильником для хранения термолабильных лекарственных препаратов, сейф и несгораемый металлический шкаф для хранения ЛС, подлежащие ПКУ.* |
| Нормативные документы, справочники и другое | *Являются источником необходимой информации при проверке рецепта.*   * *последнее издание Государственной фармакопеи РФ;* * *таблицы высших разовых и суточных доз; таблицы проверки доз в жидких лекарственных формах; таблицы растворимости препаратов;* * *справочную литературу по несовместимости лекарственных препаратов;* * *отдельные приказы Минздрава РФ и инструктивные материалы; отдельные приказы Минздрава РФ и инструктивные материалы;* * *справочник лекарственных средств (Государственный реестр ЛС) с указанием их синонимов и способов употребления;* * *этикетки и сигнатуры* |
| Компьютерное программное обеспечение | *Позволяют быстро и оперативно обрабатывать поступающую рецептуру с малой утомляемостью. Калькуляторы, нумератор, микрофонная связь и другие приспособления.* |
| Штампы, печати | *Они предназначены выполнять другие производственные операции.*  *-* *штамп "Лекарственный препарат отпущен"*  *- штампом "Рецепт недействителен"*  *- печать аптеки или аптечного пункта* |
| Первичные учетные формы (журналы) | *Журнал для регистрации неправильно выписанных рецептов и журнал учета рецептурных бланков.* |

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

### **2.1 Правила назначения лекарственных препаратов по рецептам:**

Назначение лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом, фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты", индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность (далее - медицинские работники).

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

При назначении наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II Перечня, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем и лекарственных препаратов, содержащих наркотическое средство в сочетании с антагонистом опиоидных рецепторов, рецепты на бумажном носителе оформляются на рецептурном бланке формы N 107/у-НП.

Рецептурный бланк формы N 148-1/у-88 оформляется при назначении:

1) наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II Перечня в виде трансдермальных терапевтических систем, наркотических лекарственных препаратов списка II Перечня, содержащих наркотическое средство в сочетании с антагонистом опиоидных рецепторов, психотропных лекарственных препаратов списка III Перечня;

2) лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью (в соответствии с основным фармакологическим действием) и относящихся по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (далее - АТХ), к анаболическим стероидам (код A14A) (далее - лекарственные препараты, обладающие анаболической активностью в соответствии с основным фармакологическим действием);

3) лекарственных препаратов, указанных в пункте 5 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. N 562н.

4) лекарственных препаратов индивидуального изготовления, содержащих наркотическое средство или психотропное вещество списка II Перечня, и другие фармакологические активные вещества в дозе, не превышающей высшую разовую дозу, и при условии, что этот комбинированный лекарственный препарат не является наркотическим или психотропным лекарственным препаратом списка II Перечня;

5) лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, не перечисленных в подпунктах 1 - 4 настоящего пункта (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта).

В случаях, указанных выше настоящего Порядка, медицинский работник оформляет назначение лекарственных препаратов, в том числе подлежащих изготовлению и отпуску аптечными организациями (далее - лекарственные препараты индивидуального изготовления), на рецептурном бланке, оформленном на бумажном носителе за своей подписью (далее - рецепт на бумажном носителе), и (или) с согласия пациента или его законного представителя на рецептурном бланке в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника (далее - рецепт в форме электронного документа).

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 и (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, 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 постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681, сильнодействующие лекарственные препараты, на срок приема пациентом до 5 дней.

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 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", либо по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

Индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, дополнительно к требованиям, указанным в абзаце первом настоящего пункта, запрещается оформлять рецепты на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня (далее - наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня).

### **2.2 Медицинские организации, выписавшие рецепты на лекарственные препараты.** C:\Users\Настюха\Desktop\Практика\Новая папка\J1TfwJQWTUE.jpg

**ГПКК «Губернские аптеки» аптека № 21** (Государственное предприятие красноярского края) расположена в селе Пировское ул. Советская 16. (проходное место) рядом находятся: Администрация Пировского района, Сбербанк, автобусная остановка, сельское отделение почтовой связи, продуктовые магазины, молодежный центр, Церковь Троицы Живоначальной и жилые дома.

Предприятие создано для осуществления уставной деятельности по продаже продукции (товаров), выполнению работ и оказанию услуг в целях удовлетворения общественных потребностей, решения социальных задач и получения прибыли.

Аптека осуществляет свою деятельность на праве хозяйственного ведения.

В аптеке предусмотрено два отдела:

* Отдел ГЛФ;
* Льготный отдел.

Для достижения целей, указанных в Уставе, Предприятие осуществляет в установленном законодательством Российской Федерации порядке следующие виды розничной торговли:

1. ЛП;
2. Детского и диетического питания;
3. ЛРС;
4. БАД;
5. Косметических товаров;
6. Медицинской техники;
7. Медицинских изделий
8. Очковой оптики

**Режим работы:**

* Пн-Вт с 8:00 до 18:00
* Сб с 9:00 до 15:00
* Воскресенье - выходной.

Аптека обслуживает рецепты, выписанные врачами КГБУЗ Пировская РБ.

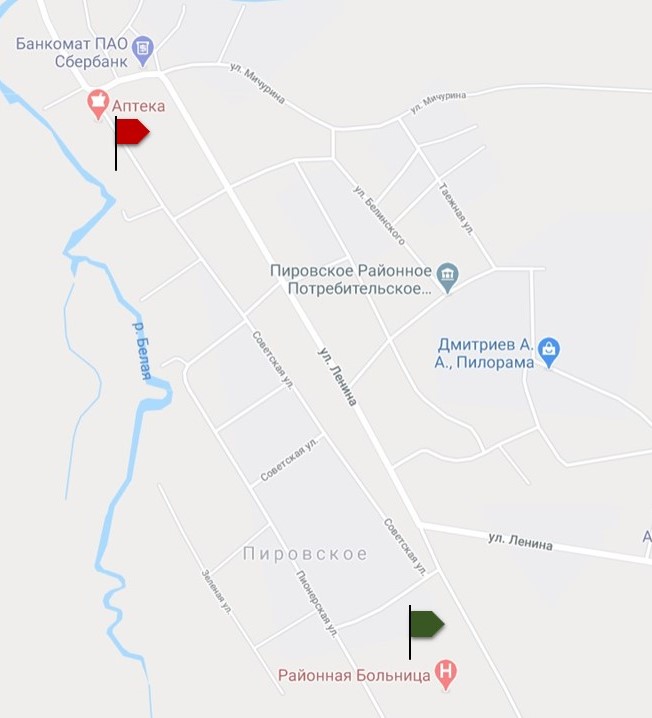


Рис. 1 Медицинские организации, расположенные рядом с аптекой.

**Обозначения:**

Красный флажок - “Губернские аптеки”

Зеленый флажок - Районная больница. Самая ближайшая и пожалуй единственная медицинская организация в этом районе - КГБУЗ Пировская РБ.

## **3. Правила оформления рецептурных бланков**

### **3.1 Реквизиты 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. | + | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (при наличии) пациента | + | + | +  (ФИО полностью) | + |
| Дата рождения пациента (число, месяц, год) | + | + | +  (количество полных лет) | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) | + | + | +  (ФИО полностью) | + |
| Наименование лекарственного препарата (международное непатентованное наименование, группировочное или химическое наименование, торговое наименование) на латинском языке, форма выпуска, дозировка, количество | + | + | +  (количество ЛП указывается прописью) | + |
| Способ применения лекарственного препарата на государственном языке РФ или на государственном языке РФ и государственном языке республик и иных языках народов РФ | + | + | + | + |
| Подпись медицинского работника и его печать | + | + | + | + |
| Лекарственные препараты, назначенные по решению врачебной комиссии, на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп) | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** | | | | |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Код субъекта Российской Федерации | - | - | - | + |
| Код категории граждан и код нозологической формы по Международной статистической классификации болезней | - | - | - | + |
| Отметка об источнике финансирования | - | - | - | + |
| Для детей в возрасте до 1 года в графе "Дата рождения" указывается количество полных месяцев | + | - | - | + |
| СНИЛС (при наличии) и номер полиса обязательного медицинского страхования | - | - | - | + |
| Адрес места жительства (места пребывания или места фактического проживания) пациента или номер медицинской карты пациента | - | - | - | + |
| Номер медицинской карты пациента | - | - | + | + |
| Печать медицинской организации "Для рецептов" | - | + | +  (руководителем МО, с указанием ФИО (последнее - при наличии) и проставлением его личной подписи) | + |

### **3.2 Анализ ЛП, отпускаемых по рецепту**

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 |
| 1. | Фендивия, ТТС | Фентанил | Анальгезирующее наркотическое средство  **N02AB03** | ПП №681  список  II | №148-1/у-88 | 5 лет | 10; 20 пластырей |
| 2. | Годлайн, табл. | Сибутрамин | Ожирения средство лечения  **A08AA10** | ПП №964  список сильнодействующих | №148-1/у-88 | 3 года | \_ |
| 3. | Реланиум, р/р д/вм | Диазепам | Анксиолитическое средство (транквилизатор)  **N05BA01** | ПП №681  список  III | №148-1/у-88 | 3 года | \_ |
| 4. | Прозак, капс. | Флуоксетин | Антидепрессант  **N06AB03** | \_ | №107-1у | 3 мес. | \_ |
| 5. | Фенобарбитал, табл. | Фенобарбитал | Противоэпилептическое средство, барбитураты и их производные  **N03AA02** | ПП №681  список  III | №148-1/у-88 | 5 лет | 50  таб. |
| 6. | Ноксибел | Миртазапин | Антидепрессант  **N06AX11** | \_ | №107-1/у | 3 мес. | \_ |
| 7. | Нурофен плюс, табл. | Кодеин + Ибупрофен | Анальгезирующее средство комбинированное (анальгезирующее опиоидное средство+НПВП)  **M02AА59** | Приказ №562  п.5 | №148-1/у-88 | 3  года | не более 0,2г |
| 8. | Синкаптон, табл. | Дименгидринат + Кофеин +Эрготамин | Противомигренозное средство  **N02CA52** | Приказ №562  п.4 | №107-1/у | \_ | \_ |
| 9. | Фенибут, табл. | Аминофенилмасляная кислота | Другие психостимуляторы и ноотропные препараты  **N06BX22** | \_ | №107-1/у | 3 мес. | \_ |
| 10. | Мильгамма, р-р д/вм | Пиридоксин + Тиамин + Цианокобаламин | Витамины группы В + прочие препараты  **A11DB** | \_ | №107-1/у | \_ | \_ |

## **4. Фармацевтическая экспертиза рецепта**

### 4.1 Рецепты на:

* наркотический ЛП



* психотропный ЛП
* комбинированный ЛП п.4
* комбинированный ЛП п.5
* Сильнодействующий ЛП

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



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

Приложение N 4

к методическим рекомендациям

по организации оборота наркотических

и психотропных лекарственных препаратов

для медицинского применения в медицинских

и аптечных организациях

\_\_\_\_\_\_*«Губернские аптеки» Аптека №21* \_\_\_\_\_\_

(наименование аптечной организации,

(медицинская организация, обособленное

подразделение медицинской организации)

ЖУРНАЛ

регистрации неправильно выписанных рецептов

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N п/п** | **Дата** | **Наименование МО** | **ФИО врача** | **Содержание рецепта** | **Нарушения** | **Принятые меры** | **ФИО специалиста АО** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| *1* | *20.04.*  *2020* | *КГБУЗ Пировская районная больница* | *Петрова*  *Ольга Львовна* | *Таблетки Преднизолона 0,001 №50* | *Наименование ЛП на русском языке* | *Рецепт погашен штампом «рецепт недействителен» и возвращен лицу, предоставившему этот рецепт в аптеку для надлежащего оформления.* | *Ягудина Людмила 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:**

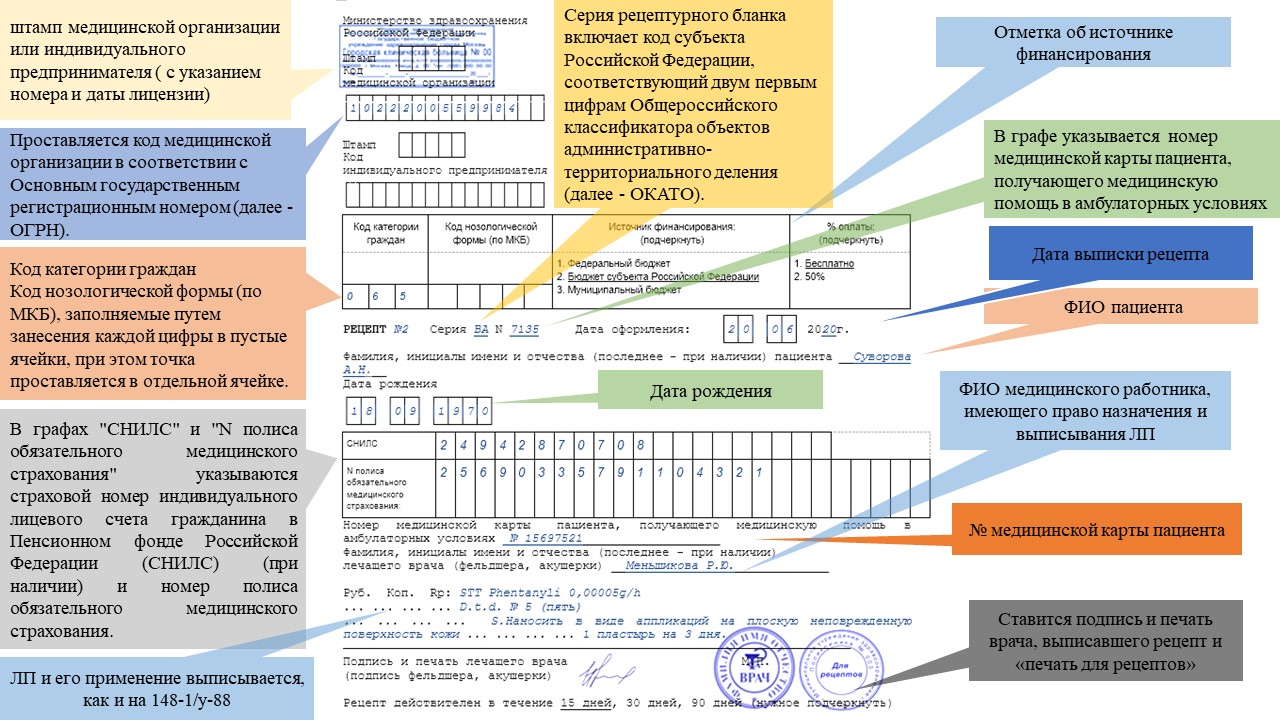
1.Федеральный закон от 17.07. 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

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».

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



## **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 |
| 1. | Crem Acycloviri 5%-5,0  D.S. Наносить на пораженные и граничащие с ним участки кожи каждые 4 часа | Ацикловир | D06BB03 | - | Ребенок из многодетной семьи в возрасте до 6 лет | 100%, краевой | 30 дней | 3 года |
| 2. | STT Phentanyli 0,00005 g/h  D.t.d. N.5 (пять)  S. Наносить в виде аппликаций на плоскую неповрежденную поверхность кожи 1 пластырь на 3 дня | Фендивия | N02AB03 | 148-1/у-88 | Больной онкологическим заболеванием | 100%, краевой | 15 дней | 5 лет |
| 3. | Tabl. Moxonidini 0,0002 N.50  D.S. По 1 таблетке 2 раза в день | Моксонидин | C02AC05 | - | Ветеран труда края | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
| 4. | Sol. Nitrofurali 0,02%-500 ml  D.S. Для промывания ран | Фурацилин | D08AF01 | - | Больной сахарным диабетом | 100%, краевой | 90 дней | 3 года |
| 5. | Sol. Magnii sulfatis 25%-10 ml D.t.d. N.10 in amp.  S. Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида | Магния сульфат | B05XA05 | - | инвалид (II степень) | 100%, федеральный | 30 дней | 3 года |
| 6. | Tabl. Diclophenaci 0,05 N.10 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | Диклофенак | M01AB05 | - | Участник Великой Отечественной войны | 100%, федеральный | 30 дней | 3 года |
| 7. | Sol. Tramadoli 0,1 - 2ml  D.t.d. №10 in amp.  S. Внутривенно при болях. | Трамал | N02AX02 | 148-1/у-88 | Инфаркт миокарда (первые 6 месяцев) | 100%, краевой | 15 дней | 3 года |
| 8. | Tabl. Phenobarbitali 0,1 №90  S. По 1 таблетке 3 раза в день. | Фенобарбитал | N03AA02 | 148-1/у-88 | Эпилепсия | 100%, краевой | 15 дней | 5 лет |
| 9. | Tabl. Bisoprololi 0,005 №30  S. По 1 таблетке в день. | Бисопролол | C07AB07 | - | Ветераны труда, ветераны труда края, пенсионеры, не имеющие льгот по лекарственному обеспечению по другим основаниям | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
| 10. | Sol. Salbutamoli 0,001-1ml  D.t.d. №30 in amp.  S. По 1 ампуле в день. | Новатрон | R03AC02 | - | Бронхиальная астма | 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.**

Отметка об отпуске лекарственного препарата на бланке 148-1/у-88 (л) заполняется на лицевой и оборотной стороне рецепта:

1. На лицевой стороне рецепта указывается:

* наименование аптеки (в строке «Отпущено по рецепту»)
* торговое наименование ЛП, дозировка
* количество упаковок,
* дата отпуска
* ФИО, подпись фармацевта (в строке «Отпустил»)

1. Оборотная сторона рецепта:

* Штамп «Лекарственный препарат отпущен»

При отпуске лекарственных препаратов по рецепту, выписанному на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л), заполненный корешок такого рецепта передается фармацевтическим работником лицу, приобретающему (получающему) лекарственные препараты.

Отметка на корешке рецепта:

* Наименование ЛП;
* Дозировка;
* Количество приема в день и на 1 прием;
* Способ применения
* Продолжительность

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *2* | *0* | *5* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** *№1* Серия *АА* N *4136* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_*Сидикова Л.Г.*\_\_

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*1*│*2*│ │*1*│*0*│ │*1*│*9*│*6*│*6*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *1* | *4* | *9* | *4* | *2* | *7* | *7* | *8* | *7* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *2* | *4* | *6* | *8* | *0* | *1* | *3* | *5* | *7* | *9* | *1* | *1* | *0* | *4* | *3* | *2* | *1* |  |  |  |  |  |  |  |  |

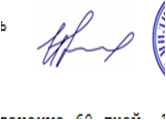
Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 15603221*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:*Crem Acycloviri 5%-5,0*

... ... ... ... *D.S.Наносить на пораженные и граничащие с ним участки кожи каждые 4 часа.*

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

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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: | Количество приемов в день: \_*\_*\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *0* | *6* | *5* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** *№2* Серия *ВА* N *7135* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_\_*Суворова А.Н.*\_\_

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*1*│*8*│ │*0*│*9*│ │*1*│*9*│*7*│*0*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *2* | *4* | *9* | *4* | *2* | *8* | *7* | *0* | *7* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *2* | *5* | *6* | *9* | *0* | *3* | *3* | *5* | *7* | *9* | *1* | *1* | *0* | *4* | *3* | *2* | *1* |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 15697521*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

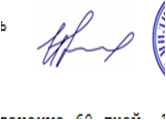
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *STT Phentanyli 0,00005g/h*

... ... ... ... *D.t.d. № 5 (пять)*

*... ... ... ... S.Наносить в виде аппликаций на плоскую неповрежденную поверхность кожи ... ... ... ... 1 пластырь на 3 дня.*

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

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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: | Количество приемов в день: \_*\_*\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

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

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

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 *7* *8* *0* *А* N *4 7 9 8 0*

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ *№2* "*20*" \_\_\_\_\_\_*июня*\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20*20* г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_ *Суворова А.Н.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_*18.09.70.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 15697521*\_\_\_\_

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

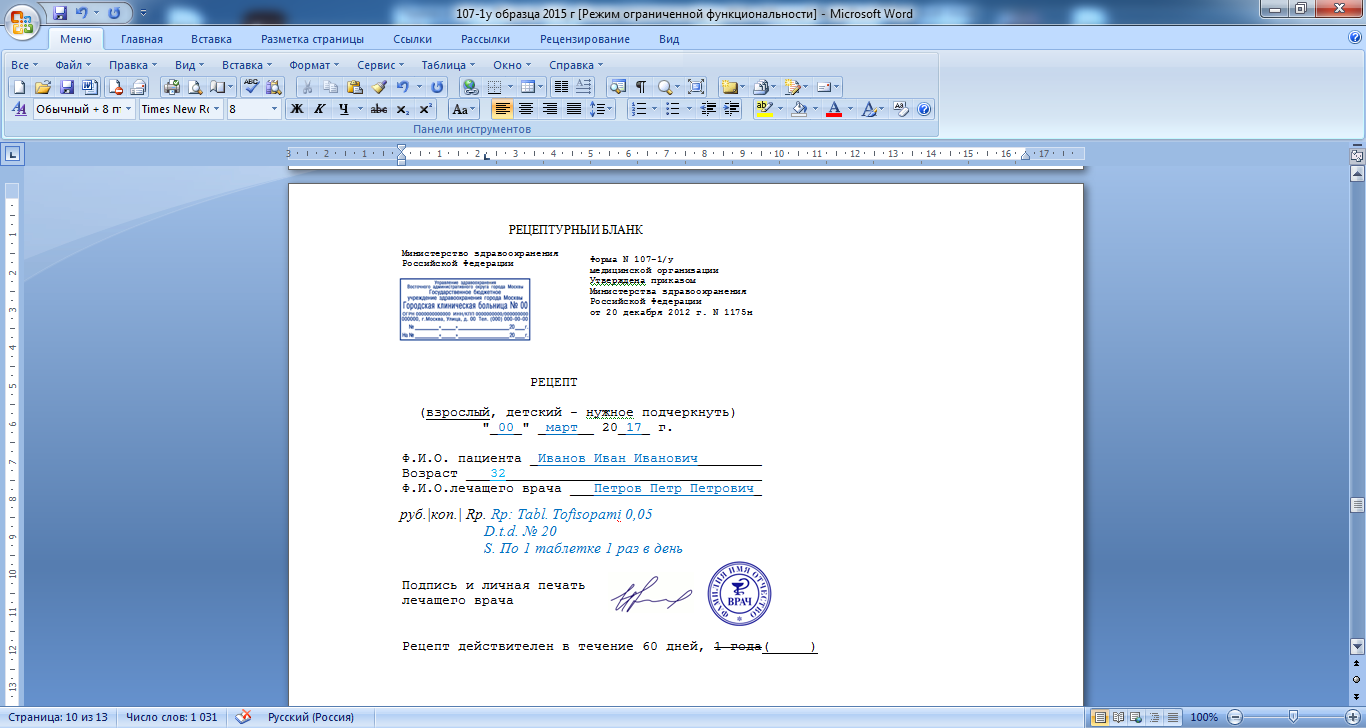
лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_ *Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *STT Phentanyli 0,00005g/h*

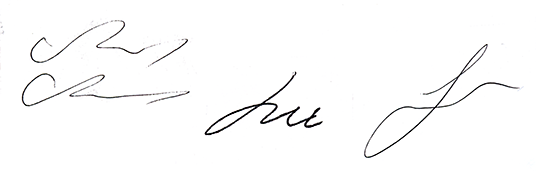
................................*D.t.d.* *№5(пять)*

................................*S.* *Наносить в виде аппликаций на плоскую неповрежденную* ................................*поверхность кожи 1 пластырь на 3 дня.*

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



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



Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *0* | *9* | *0* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** №3 Серия *ОХ* N *1336* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_\_*Некрасов Ф.В.*\_\_

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*2*│*3*│ │*0*│*8*│ │*1*│*9*│*6*│*5*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *1* | *4* | *9* | *4* | *2* | *7* | *7* | *8* | *7* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *2* | *4* | *6* | *8* | *0* | *1* | *3* | *5* | *7* | *9* | *1* | *1* | *0* | *4* | *3* | *2* | *1* |  |  |  |  |  |  |  |  |

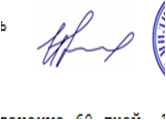
Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 17906421*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *Tabl. Moxonidini 0,0002 №50*

*... ... ... ... S.По 1 таблетке 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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: | Количество приемов в день: \_*\_*\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *3* | *2* | *3* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** №4 Серия *КА* N *4127* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_*Непомнящий Д.А.*\_\_

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*2*│*2*│ │*0*│*3*│ │*1*│*9*│*6*│*6*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *3* | *4* | *9* | *4* | *2* | *7* | *7* | *0* | *5* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *2* | *1* | *6* | *6* | *0* | *1* | *3* | *5* | *7* | *9* | *1* | *1* | *0* | *4* | *3* | *8* | *1* |  |  |  |  |  |  |  |  |

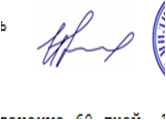
Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 15600131*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *Sol. Nitrofurali 0,02%-500ml*

*... ... ... ... D.S.Для промывания ран.*

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

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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: | Количество приемов в день: \_*\_*\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

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

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *0* | *8* | *2* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** №5 Серия *АС* N *4706* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_\_*Слабкова Г.П.*\_\_

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*2*│*7*│ │*0*│*4*│ │*1*│*9*│*6*│*0*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *1* | *6* | *9* | *7* | *5* | *0* | *7* | *8* | *7* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *1* | *2* | *6* | *8* | *0* | *1* | *3* | *5* | *0* | *9* | *1* | *8* | *6* | *4* | *3* | *2* | *1* |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 12303221*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

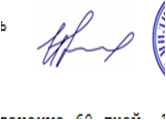
лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *Sol. Magnii sulfatis 25%-10ml*

... ... ... ... *D.t.d. № 10 in amp.*

*... ... ... ... S.Внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия*

*... ... ... ... хлорид.*

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

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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: | |
| Дата отпуска: "\_\_"\_\_\_\_\_20\_\_г. | Количество: | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: |  | |
| Дозировка: | Количество приемов в день: \_*\_*\_ раз | |
|  | На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. | |

Оборотная сторона

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

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

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

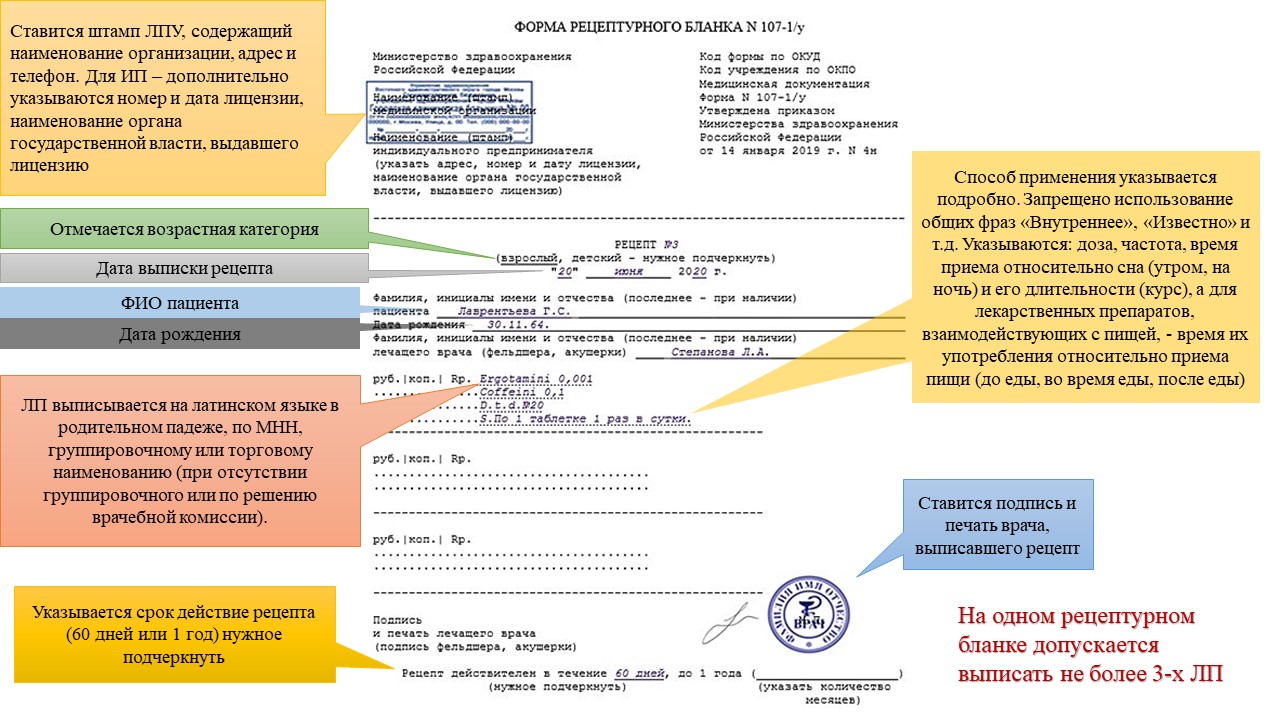
**Виды работ:** ознакомление с правилами отпуска лекарственных препаратов.

**Нормативные документы для изучения:**

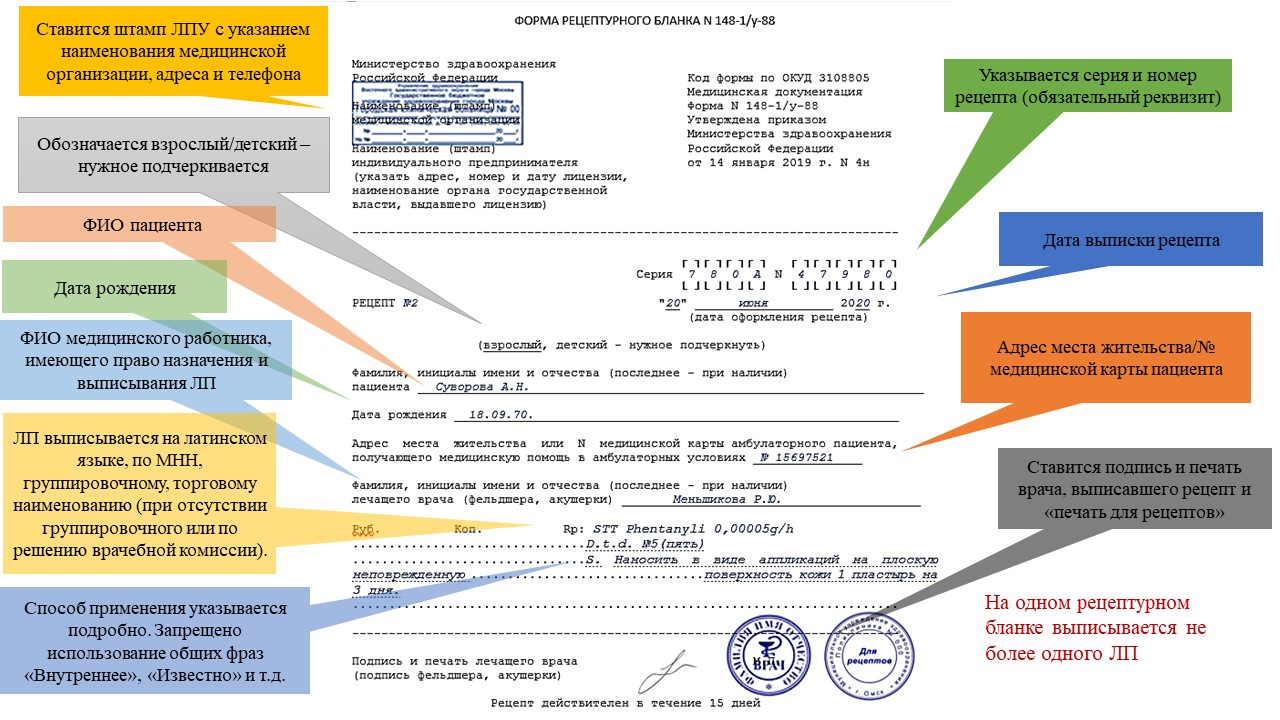
1. Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 г. N 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

## **1. Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам.**

Правила оформления рецептурного бланка №107-1/у

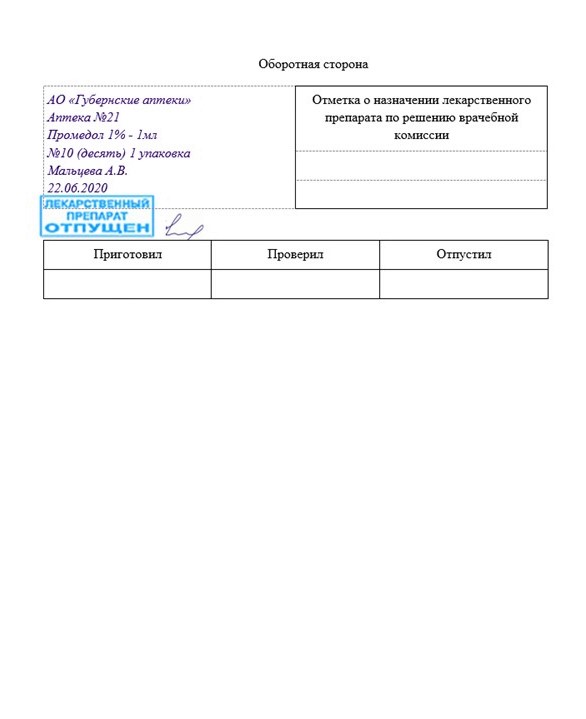


Правила оформления рецептурного бланка №148-1/у-88

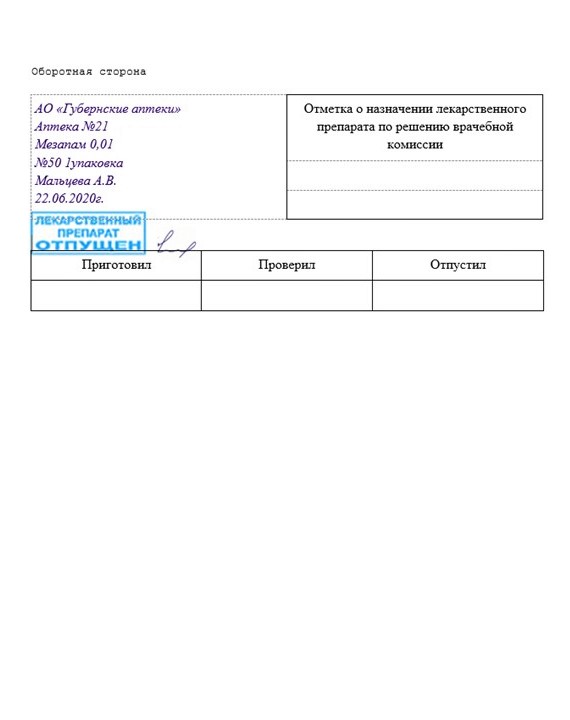


**Рецепты с отметкой об отпуске**

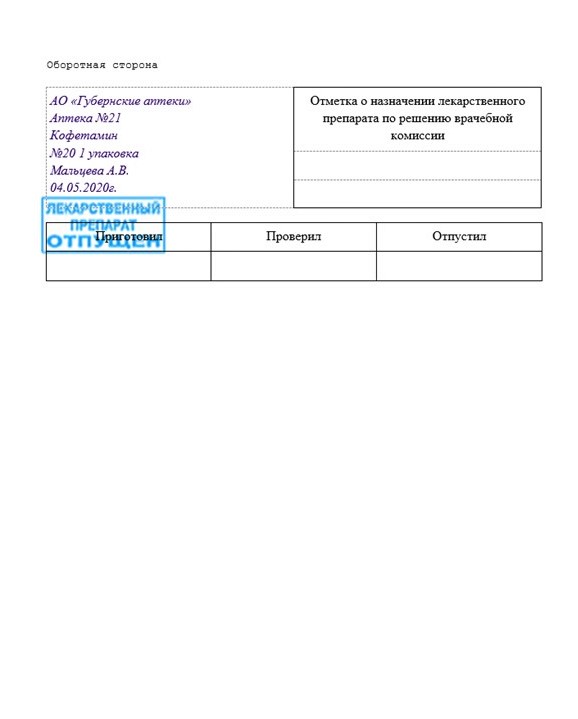




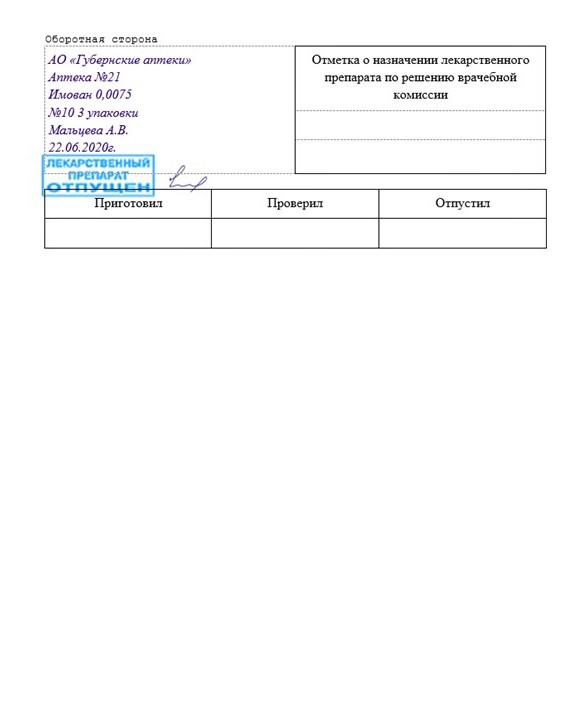




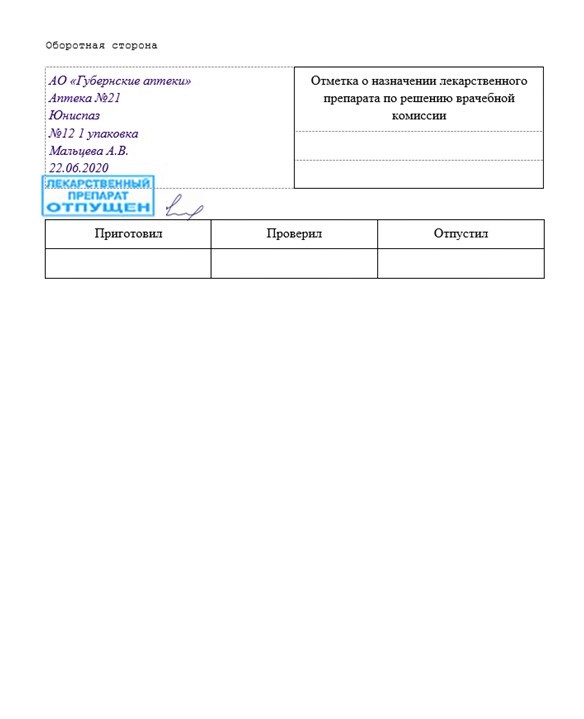














### **1.2 Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям**

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.**

Описание особенностей отпуска иммунобиологических и наркотических/психотропных ЛП.

Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью, лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, осуществляется:

* аптеками и аптечными пунктами, имеющими лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.
* фармацевтическими работниками, занимающими должности, включенные в перечень должностей фармацевтических и медицинских работников в организациях, которым предоставлено право отпуска наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2016 г. N 681н.

Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем, отпускаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность, лицу, указанному в рецепте, его законному представителю или лицу, имеющему оформленную доверенность на право получения таких лекарственных препаратов. Доверенность от пациента на получение наркотических и психотропных лекарственных препаратов оформляется в простой письменной форме (статья 185 Гражданского кодекса Российской Федерации) и может быть нотариально удостоверена по желанию пациента или при невозможности им написать доверенность (статьи 163 и 185.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). При этом, если в доверенности не указан срок ее действия, она сохраняет силу в течение года со дня ее подписания.

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

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

* наименование и адрес местонахождения аптеки или аптечного пункта;
* номер и дата выписанного рецепта;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, для которого предназначен лекарственный препарат, его возраст;
* номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для которого предназначен лекарственный препарат;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, его контактный телефон либо телефон медицинской организации;
* содержание рецепта на латинском языке;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись фармацевтического работника, отпустившего лекарственный препарат;
* дата отпуска лекарственного препарата.

Запрещается:

* раздельный отпуск лекарственных средств, входящих в состав лекарственного препарата, изготавливаемого субъектом розничной торговли.
* отпуск субъектом розничной торговли указанных лекарственных препаратов по рецептам ветеринарных организаций.

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

Отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами. При отпуске иммунобиологического лекарственного препарата на рецепте или корешке рецепта, который остается у лица, приобретающего (получающего) лекарственный препарат, указывается точное время (в часах и минутах) отпуска лекарственного препарата.

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

Отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов регулируется также подпунктом 8.11.5 Санитарно-эпидемиологических правил «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов» (СП 3.3.2.3332–16), которые утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 17.02.2016 № 19.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *2* | *0* | *6* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** №1 Серия *КЕ* N *1375* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_*Алексеева Д.А.\_\_*

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*0*│*1*│ │*0*│*3*│ │*2*│*0*│*2*│*0*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *1* | *3* | *9* | *7* | *5* | *0* | *3* | *8* | *0* | *0* | *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *1* | *2* | *5* | *8* | *2* | *1* | *3* | *7* | *0* | *9* | *1* | *8* | *6* | *4* | *3* | *2* | *2* |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 17903201*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

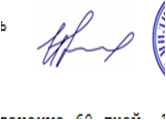
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: *Interferoni 150000ME*

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

*... ... ... ... S.Ректально по 1 суппозитории 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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: *Виферон 150000МЕ* | |
| Дата отпуска: "*24*" *июня* 20*20*г. | Количество: *№10 1упаковка* | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: *Ректально.*  Продолжительность \_\_*5*\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: *Виферон* |  | |
| Дозировка: \_\_*150000МЕ* | Количество приемов в день: \_*2*\_ раза | |
|  | На 1 прием: *1 суппозиторию.* | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернские аптеки»*  *Аптека №21*  *Виферон 150000МЕ*  *№10 1упаковка*  *Мальцева А.В.*  *24.06.2020г.* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

медицинской организации

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│*1│0│2│2│2│0│0│5│5│9│9│8│4*│ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

┌─┬─┬─┬─┬─┐

Штамп │ │ │ │ │ │

Код └─┴─┴─┴─┴─┘

индивидуального предпринимателя

┌-┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
|  | | |  | | | | | 1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50% |
| *3* | *1* | *6* |  |  |  |  |  |

┌─┬─┐ ┌─┬─┐

**РЕЦЕПТ** №2 Серия *КЕ* N *1375* Дата оформления: │*2*│*0*│ │*0*│*6*│ 20*20*г.

└─┴─┘ └─┴─┘

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента \_*Занденцаль Н.В.\_\_*

Дата рождения

┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│*1*│*1*│ │*1*│*1*│ │*1*│*9*│*6*│*4*│

└─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | *1* | *4* | *9* | *7* | *5* | *0* | *3* | *8* | *0* | *1* | *9* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | *1* | *4* | *5* | *8* | *2* | *1* | *3* | *0* | *0* | *9* | *1* | *8* | *6* | *3* | *3* | *1* | *0* |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях \_*№ 1476205*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

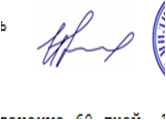
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_*Меньшикова Р.Ю.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: ***Sol. Buprenorphini 0,3-1ml*

... ... ... ...*D.t.d. № 10 in amp.*

*... ... ... ...* *S.Внутримышечно через каждые 8 часов.*

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

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) ---------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отпущено по рецепту:  ---------------------------- | Торговое наименование и дозировка: *Бупранал 0,3* | |
| Дата отпуска: "*24*" *июня* 20*20*г. | Количество: *№10 1упаковка* | |
| Приготовил: | Проверил: | Отпустил: |
| ---------------------------------------- (линия отрыва) ---------------------------------------- | | |
| Корешок рецептурного бланка  --------------------------------------- | Способ применения: *Внутримышечно.*  Продолжительность \_\_*5*\_\_ дней | |
| Наименование лекарственного препарата: *Бупранал* |  | |
| Дозировка: *0,3* | Количество приемов в день: \_*2*\_ раза | |
|  | На 1 прием: *1 ампулу.* | |

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернские аптеки»*  *Аптека №21*  *Бупранал 0,3*  *№10 1упаковка*  *Мальцева А.В.*  *24.06.2020г.* | 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](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 №2

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │А│Х│3│1│ N │3│0│4│2│1│1│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

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

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_ *Занденцаль Н.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Возраст \_\_\_\_*55*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

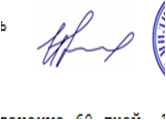
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования *14582130091863310*

Номер медицинской карты \_\_*№ 1476205*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

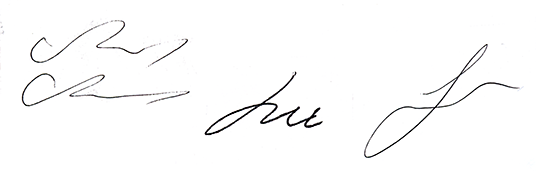
**(фельдшера, акушерки) \_\_\_ *Меньшикова Р.Ю*.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rp: *Sol. Buprenorphini 0,3-1ml*

....*D.t.d. № 10(десять) in amp.*

....*S.Внутримышечно через каждые 8 часов.*

Подпись и личная печать врача

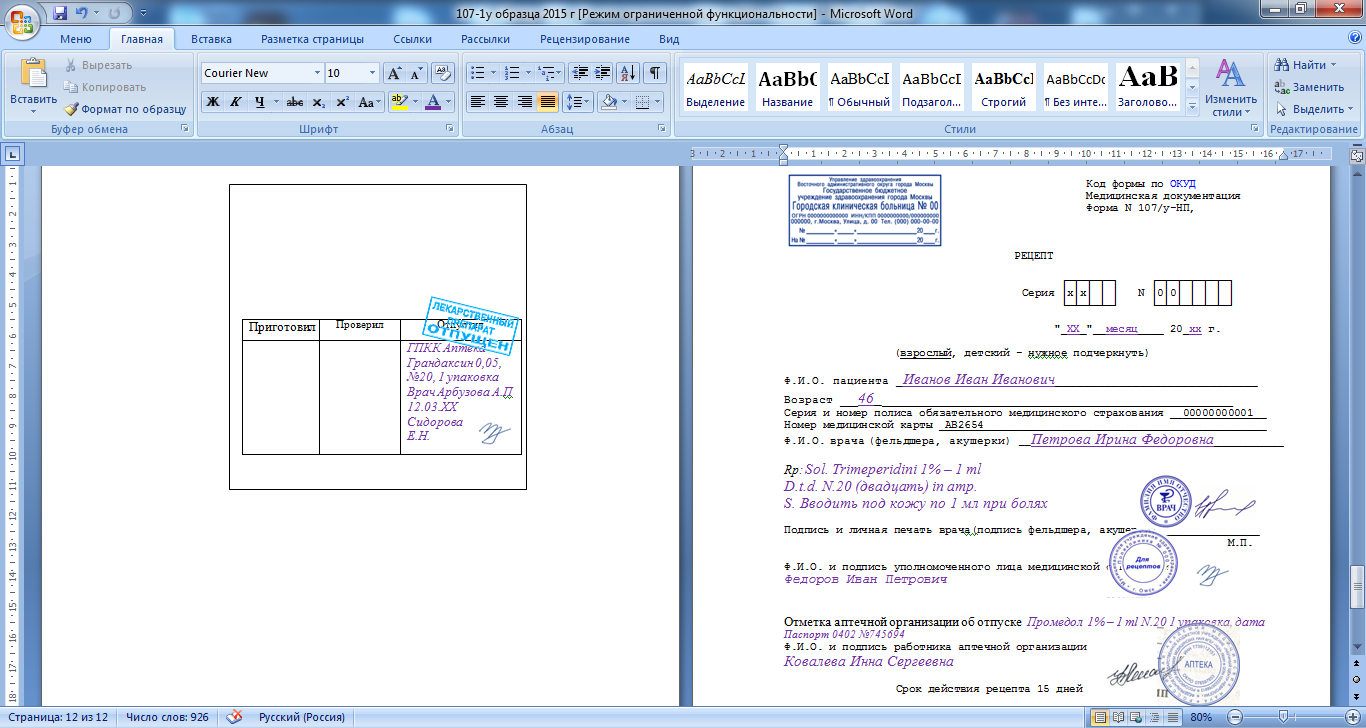
(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

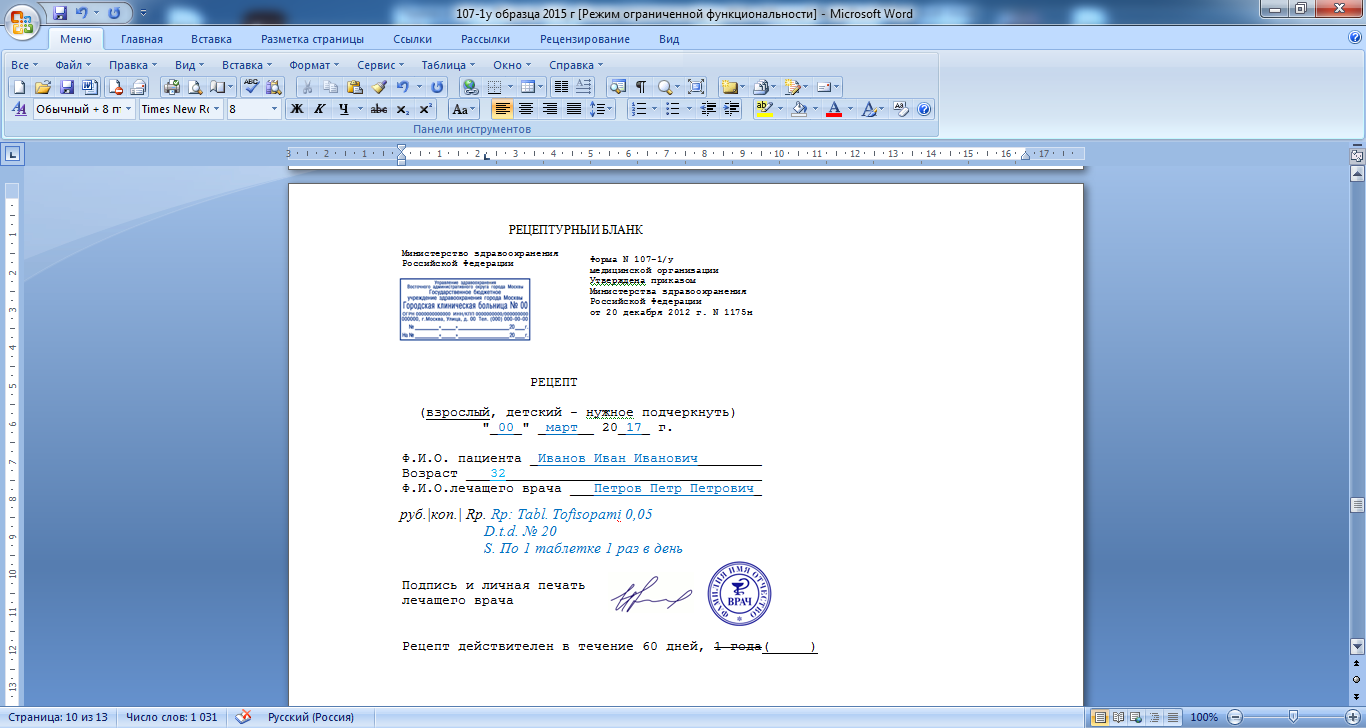
М.П.

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

М.П.

*Лукина Ольга Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Отметка аптечной организации об отпуске *Бупранал 0,3-1мл №10\_1упаковка*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



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

\_\_\_*Мальцева Анна Владимировна*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

Оборотная сторона

|  |  |
| --- | --- |
| *АО «Губернские аптеки»*  *Аптека №21*  *Бупранал 0,3-1мл*  *№10 1упаковка*  *Мальцева А.В.*  *24.06.2020г.* | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 его приема, правилах хранения в домашних условиях, о взаимодействии с другими лекарственными препаратами.

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

Необходимо проводить консультацию по применению лекарственного препарата:

- указание правил применения (доза и кратность) и курса терапии;

- обязательное указание рекомендаций по его применению, например: "Запейте стаканом воды", "Принимайте через час после еды" и т.д.;

- информирование о взаимодействии с пищей, алкоголем, никотином;

- указание правил хранения препарата в домашних условиях;

- информирование о наличии возможных побочных эффектах препарата;

- предупреждение о необходимости использования лекарственного препарата в пределах установленного срока годности.

**Фармацевтическое консультирование**

**«Афобазол»**

Афобазол не взаимодействует с этанолом и не оказывает влияние на гипнотическое действие тиопентала. Усиливает противосудорожный эффект карбамазепина. Вызывает усиление анксиолитического действия диазепама.

Противопоказан младенцам, I-III триместр беременности и грудное вскармливание.

Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды. Курс лечения составляет 2-4 недели. Хранить при температуре не выше25ᵒС в недоступном для детей месте.

**«Синекод»**

Противопоказан детям до 3-х лет, I триместр беременности и грудное вскармливание.

Сироп отмеривают мерным колпачком: детям от 3 до 6 лет – по 5 мл 3 раза в сутки, 6-12 лет – по 10 мл 3 раза в сутки, 12 лет и старше – по 15 мл 3 раза в сутки; взрослым – по 15 мл 4 раза в сутки. Мерный колпачок следует мыть и сушить после каждого использования. Если кашель сохраняется более 7 дней, то следует обратиться к врачу.

## **2. Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций.**

Требование-накладная, поступающая в аптеку, должна иметь штамп, круглую печать медицинской организации, подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части.

В требовании-накладной указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель ЛП (с указание дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество затребованных ЛП, количество и стоимость отпущенных ЛП. Наименования ЛП пишутся на латинском языке. Требования-накладные на ЛП, подлежащие ПКУ, выписываются на отдельных бланках требований-накладных для каждой группы препаратов.

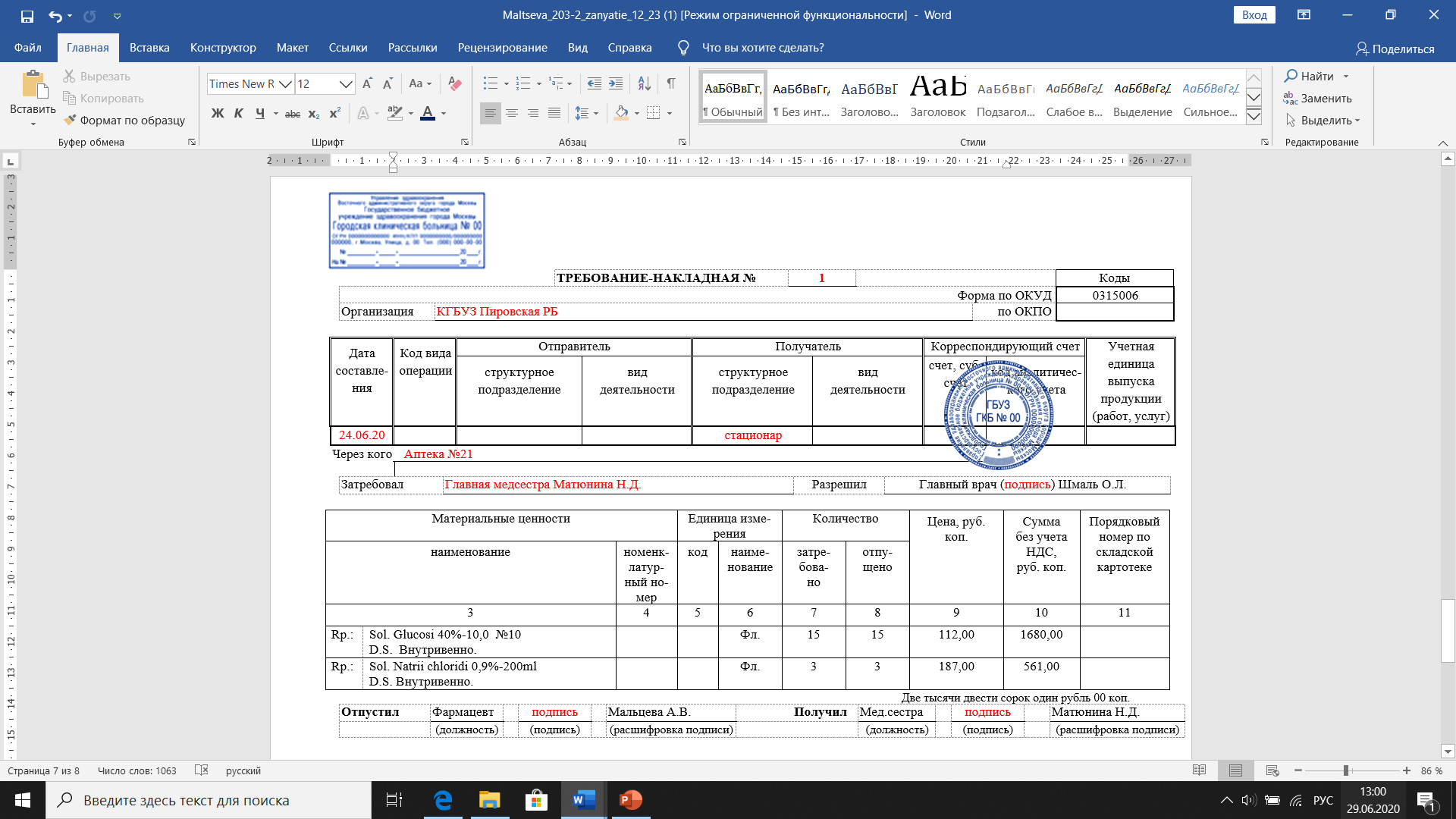
Медицинские организации при составлении заявок на наркотические средства и психотропных веществ списков II и III должны руководствоваться расчётными нормативами, утвержденными в установленном порядке.

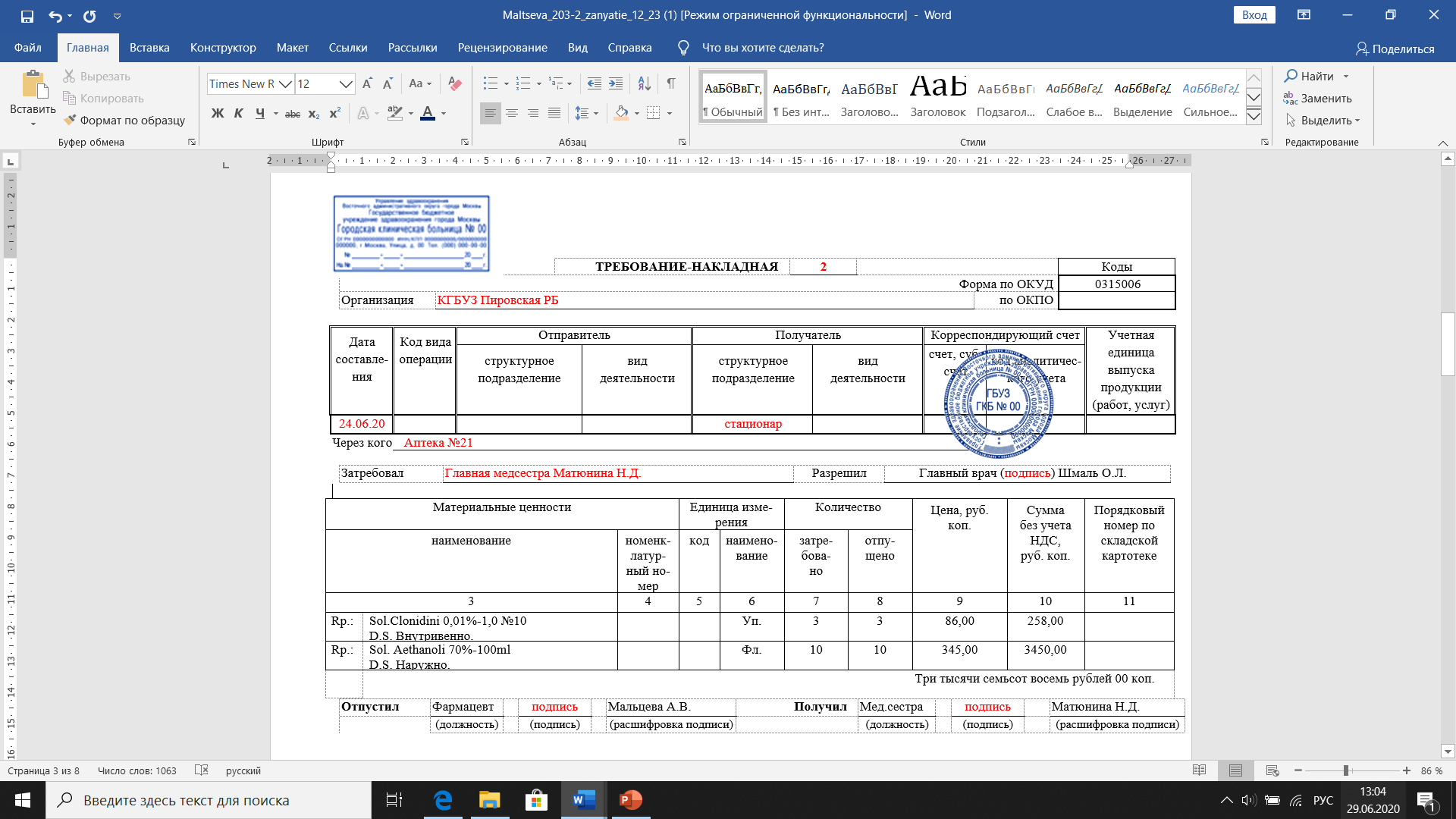
При отпуске лекарственных препаратов фармацевтический работник проверяет надлежащее оформление требования-накладной и проставляет на ней отметку о количестве и стоимости отпущенных лекарственных препаратов.

Все требования-накладные, по которым отпущены лекарственные препараты, подлежат оставлению и хранению у субъекта розничной торговли:

* на наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, психотропные лекарственные препараты списка III (в отношении аптек и аптечных пунктов) - в течение пяти лет;
* на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету, - в течение трех лет;
* на иные лекарственные препараты - в течение одного года.

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





## **3. Решение ситуационных задач**

**Ситуационная задача №1:**

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?

Решение:

- Я разделяю с вами негатив этой ситуации, но риск последствий не дает мне права отпустить это лекарство. Для этого вам следует обратиться к врачу на консультацию. Надеюсь на ваше понимание.

**Ситуационная задача №2:**

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?

Решение:

Для начала нужно спокойно выслушать все возражения, не поддаваясь провокации, объяснить ситуацию:

- Извините, но мне необходимо время, чтобы отпустить вам препарат.

Обратиться к коллегам за помощью/Попытаться установить логическую связь со слов покупателя и тем, что выписано в рецепте.

И пожалуй самый худший вариант, когда покупатель уйдет без ничего и возможно уже не придет. Если не удалось расшифровать рецепт, то сказать:

- К сожалению мне не удалось расшифровать ваш рецепт, такое бывает. Еще раз извините, но я могу совершить ошибку в выборе препарата, т.к. названия ЛП очень схожи. Советую вам обратиться к врачу для надлежащего оформления рецепта

И в случае возражений снова выслушать, не поддаваясь провокации.

# **ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося \_\_Мальцева Анна Владимировна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа 203-11 Специальность \_\_«Фармация»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 17 по 30 \_\_июня\_\_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 | 15 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 2 |
| 3 | Таксирование рецептов | 0 |
| 4 | Таксирование требований | 2 |
| 5 | Фасовочные работы | 0 |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента | 0 |
| 7 | Прием товара по количеству (указать количество товарных накладных) | 0 |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) | 0 |