1. ФГБОУ ВО КрасГМУим. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
2. Фармацевтический колледж
   1. ***ДНЕВНИК***

**производственной практики**

Наименование практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений»

Ф.И.О\_\_\_Былковой Карины Алексеевны

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

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

(медицинская/фармацевтическая организация, отделение)

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

Руководители практики:

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

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

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

Красноярск 2020

* 1. ***Содержание***
  2. 1. Цели и задачи практики.
  3. 2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть студент после прохождения практики.
  4. 3. Тематический план.

4. График прохождения практики.

5. Инструктаж по технике безопасности.

6. Содержание и объем проведенной работы.

7. Отчет по производственной практике (цифровой, текстовой).

**1. Цель и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, формировании компетенций, составляющих содержание профессиональной деятельности фармацевта.

**Задачами** являются:

1. Ознакомление с организацией работы фармацевтического персонала по приему рецептов, отпуску по ним лекарственных препаратов, безрецептурному отпуску, фасовочным работам, получению товаров аптечного ассортимента от поставщиков.
2. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с фармацевтическим персоналом и клиентами аптечных организаций.
3. Формирование умений проведения фармацевтической экспертизы рецепта, отпуска товаров аптечного ассортимента, приемки товара, формировании заявок на товары.
4. Формирование практического опыта ведения первичной учетной документации.

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

**Приобрести практический опыт:**

* соблюдение требований санитарного режима, охраны труда, техники безопасности;
* ведение первичной учетной документации.

**Освоить умения:**

* организовывать работу по соблюдению санитарного режима, охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности;
* 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. | *4* |
| *18.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Назначение и выписывание лекарственных препаратов по рецептам в аптеке | 4 |
| *19.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Правила оформления рецептурных бланков | 4 |
| *20.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Фармацевтическая экспертиза рецепта | 4 |
| *21.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Проведение фармацевтической экспертизы рецептов на льготный отпуск лекарственных препаратов. | 4 |
| *22.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Анализ лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. | 4 |
| *24.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов | 4 |
| *25.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Отметка об отпуске лекарственных препаратов для бесплатного и льготного отпуска. Учет льготных рецептов | 4 |
| *26.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Порядок отпуска лекарственных препаратов по рецептам. Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов. | 4 |
| *27.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП. | 4 |
| *28.06.2020* | 9.00 | 14.00 | Порядок отпуска лекарственных препаратов по требованиям медицинских организаций. | 4 |
| *30.06.2020* | 8.30 |  | Дифференцированный зачет | 4 |

**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**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Оснащение | Назначение |
| *Мебель:*  *стол с выдвижными ящиками;*  *стул подъемно-поворотной конструкции с регулируемой по высоте спинкой;*  *шкаф;*  *сейф.* | *Для удобства персонала в организации рабочего пространства. Хранение документов/справочников.*  *Хранение ЛС.* |
| *Оборудование:* | *холодильник для термолабильных лекарств;*  *компьютер.*  *Сейф и несгораемый металлический шкаф.* |
| *Нормативные документы, справочники и другое:* | *В приказах указана информация о правилах оформления рецептурных бланков, их учет и хранение.*  *В ГФ можно найти необходимую информацию о лекарственных веществах.*  *Действующий прейскурант цен.*  *Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010 N 61-ФЗ*  ГФ последнего издания;  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 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».  Таблица ВРД и ВСД.  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». |
| *Компьютерное программное обеспечение* | *1С:Аптека*  *ИнфоАптека* |
| *Штампы, печати* | *Печать аптечной организации*  *Печать «Рецепт недействителен»*  *Печать «Лекарственный препарат отпущен»* |
| *Первичные учетные формы (журналы):*  *Журнал лабораторно-фасовочных работ*  *Журнал регистрации неправильно выписанных рецептов.* | *Вся информация о неправильно выписанных рецептах хранится в журнале.* |

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;*  *шкаф;* | *Для удобства персонала в организации рабочего пространства.*  *Хранение документов/справочников.* |
| *Оборудование:* | *-* |
| *Нормативные документы, справочники и другое:*  ГФ последнего издания;  Гос. реестр;  Таблица ВРД и ВСД; | *Цены на изготовление ЛП.*  *Информация о ЛС.*  *Проверка врд и всд.* |
| *Компьютерное программное обеспечение:*  *1С:Аптека*  *ИнфоАптека* | *Программный продукт для комплексной автоматизации торговой деятельности аптек, аптечных киосков и аптечных розничных сетей, ориентированных на продажу лекарственных средств, БАДов, средств гигиены, медицинских аппаратов и т.д. Aвтоматизирует учет всех операций, производящихся в аптеке: от заказа товаров поставщику до оформления чеков и доставки покупателю.*  *Система комплексной автоматизации аптек.* |
| *Штампы, печати*  *Печать аптечной организации* |  |
| *Первичные учетные формы (журналы)*  *Журнал учета*  *Квитанционный журнал* | *Для регистрации требований-накладных.*  *Протаксированные и оплаченные рецепты на лекарства индивидуального изготовления регистрируются в книжке квитанции на заказанное лекарство по специальной форме.* |

**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;

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».

Назначение ЛП может осуществляться следующими субъектами (п. 2 Порядка назначения ЛП):

* лечащим врачом;
* фельдшером;
* акушеркой;
* индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность.

Фельдшер и акушерка вправе назначать медицинские препараты только в случае возложения на них полномочий лечащего врача в соответствии с Порядком, установленным Приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н.

- документ, содержащий сведения о назначенном ЛП;

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».

I. Общие положения

п3. 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.

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

Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н…

II. Назначение лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

п28. Согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также, при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1) одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;

2) назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов , при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

В указанных случаях назначение лекарственных препаратов фиксируется в медицинской документации пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

п30. По решению врачебной комиссии пациентам при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях назначаются лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинской документации пациента и журнале врачебной комиссии.

- условия назначения лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии;

III. Назначение лекарственных препаратов при оказании первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи

п33. Назначение лекарственных препаратов по решению врачебной комиссии при оказании первичной медико-санитарной помощи, паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях производится в случаях:

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

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

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

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

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения"

п6. Запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты:

пп6.2. индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, на лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III Перечня.

2.2 Медицинские организации, выписавшие рецепты на лекарственные препараты.

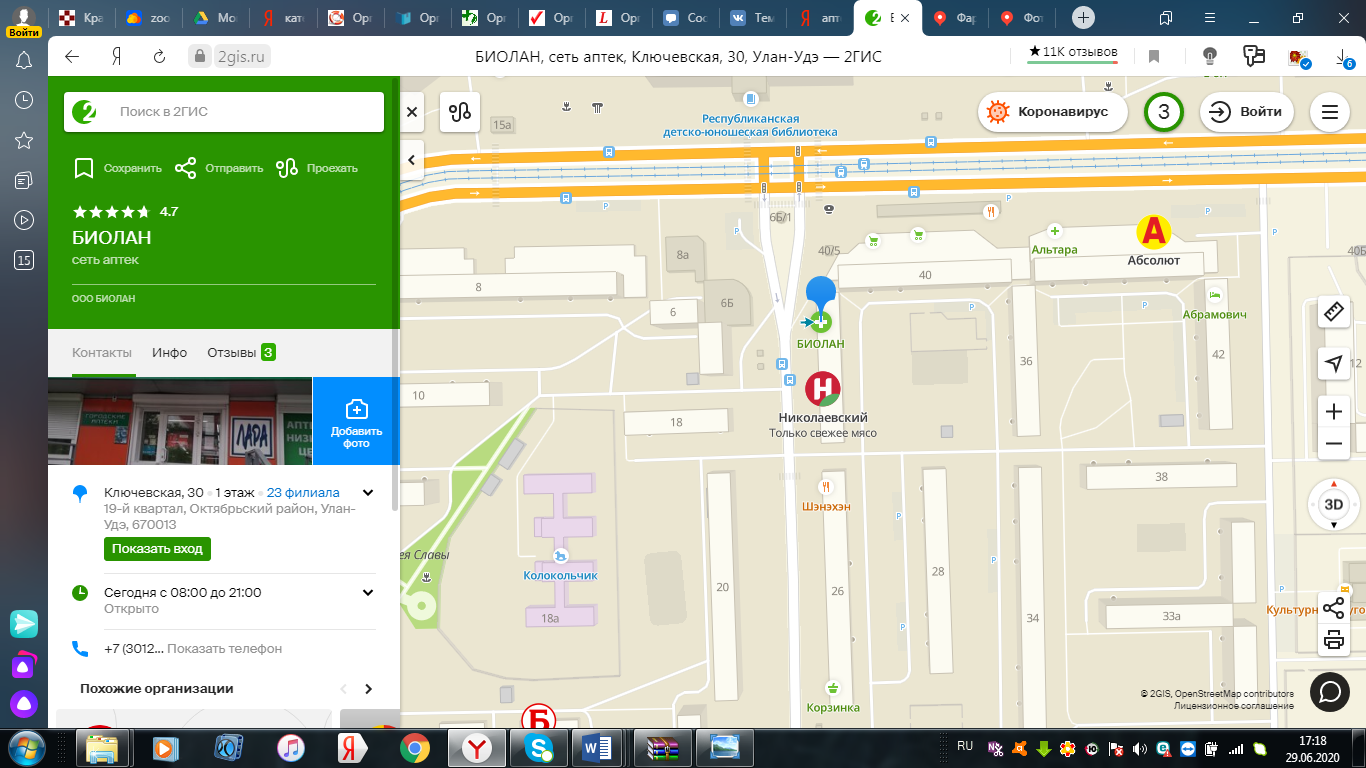
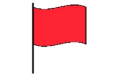
ООО «БИОЛАН», г. Улан-Удэ, ул. Ключевская 30.

Форма собственности – Государственная.

Режим работы аптеки c 08:00 до 21:00 (без выходных).

https://im0-tub-ru.yandex.net/i?id=0369da041b9073b336486040fd272b70-l&n=13

Аптека располагается в Октябрьском районе города Улан-Удэ. Рядом располагаются 2 аптеки («Альтара», «Аптека Плюс»), которые имеют частную форму собственности. Также рядом расположены, различные продуктовые магазины, торговый центр, университет, школа и 2 детских сада.



Аптека готовых лекарственных форм. В данной аптеке нет отдела льготного отпуска, в отличии от других филиалов, которые расположены в центре города.

Вход в аптеку оборудован пандусом (на фото его не видно, так как находится он за кустами), имеется кнопка вызова персонала, перила. Двери легко открываются, что не доставит трудности людям старшего возраста.

Основная категория посетителей аптеки – беременные женщины, женщины с детьми, люди старшего возраста, молодые люди.

**3. Правила оформления рецептурных бланков**

Таблица 3 - Обязательные и дополнительные реквизиты рецептурных бланков.

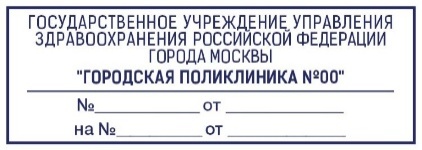
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Реквизиты рецептурного бланка | 107 - 1/у | 148-1/у-88 | 107-у/НП | 148-1/у-04 (л) |
| **Основные:** |  |  |  |  |
| Штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона. | + | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (при наличии) пациента. | + | + | + | + |
| Указывается дата рождения пациента (число, месяц, год). | + | + | +  (количество полных лет) | + |
| Дата выписки рецепта | + | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки). | + | + | +  (указывается полностью) | + |
| Название лекарственного препарата | + | + | +  (количество прописью) | + |
| Подпись медицинского работника заверенная его личной печатью | + | + | + | + |
| Способ применения | + | + | + | + |
| Срок действия рецепта | + | + | + | + |
| **Дополнительные:** |  |  |  |  |
| Код медицинской  организации | +  при наличии номера и (или) серии, места  для нанесения штрих-кода | - | - | + |
| Заверяется печатью медицинской организации "Для рецептов" | - | + | + | + |
| Отметка об отпуске | - | - | + | - |
| Серия и номер рецепта | - | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) работника аптечной организации | - | - | + | - |
| Серия и номер полиса ОМС | - | - | + | - |
| Номер Снилс | - | - | - | + |
| Адрес и номер карты амбулаторного больного | - | + | + | + |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) и подпись уполномоченного МО | - | - | + | - |
| Код категории граждан | - | - | - | + |

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 |
|  | Транстек ТТС 35 мг/час | Бупренорфин | Анальгетическое наркотическое средство: опиоидных рецепторов агонист-антагонист.  N02AE01 | Список II, ПП №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | На ТТС не установлена |
|  | Хлорпромазин Органика, р-р д/внутрмыш. | Хлорпромазин | Антипсихотическое средство (нейролептик).  N05AA01 | ПП №964 | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Азалептин, табл. | Клозапин | Антипсихотическое средство (нейролептик).  N05AH02 | ПП №964  Сильнодействующие вещества | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Имован, табл. | Зопиклон | Снотворные средства.  N05CF01 | ПП №964  Сильнодействующие вещества | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Коаксил, табл. | Тианептин | Антидепрессант, входит в список III психотропных веществ.  N06АX14 | список III  ПП №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | Не установлена |
|  | Прегабалин, капс. | Прегабалин | Противоэпилептические препараты.  N03AX16 |  | 148-1/у-88 |  |  |
|  | Реланиум | Диазепам | Анксиолитическое средство (транквилизатор).  N05BA01 | список III  ПП №681 | 148-1/у-88 | 5 лет | Не установлена |
|  | Феназепам, табл. | Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин | Анксиолитическое средство (транквилизатор).  N05ВХ | - | 107-1/у | - | - |
|  | Нурофен плюс, табл. | Ибупрофен + Кодеина фосфата гемигидрат | Опиоидные наркотические анальгетики в комбинациях.  N02AA59 | Приказ МЗ РФ №562н | 148-1/у-88 | 3 года | Не установлена |
|  | Тофф плюс, табл. | Декстрометорфан + Парацетамол + Фенилэфрин + Хлорфенамин | Анилиды в комбинациях.  N02BE71 | Приказ МЗ РФ №562н  Пункт 4 (д) | 107-1/у | До 1 года | - |

**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 8 7 6 4 N

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях Никитина 3\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tabl. Phenobarbitali 0,05

D.t.d: №10

S: По 1 таблетке 2 раза в день

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

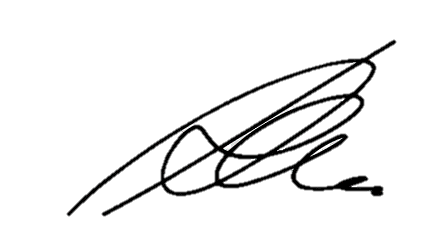
...........................................................................

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

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

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

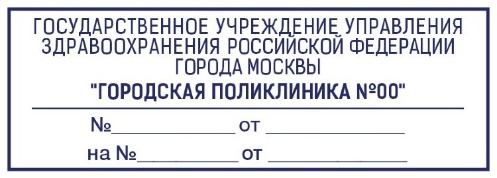


---------------------------------------------------------------------------

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

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)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Нечкина А.Е.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_12.12.2000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Ergotamini tartrati 0,0003 mg

Phenobarbitali 0.02 mg

Alcaloidorum Belladonnae 0.0001 mg

D.t.d №30

S.: По 1 таблетке 2 раза в день

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

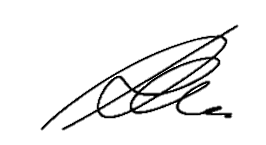
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

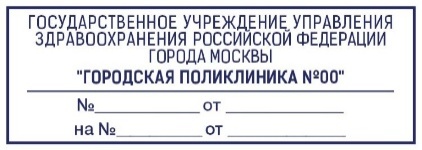
(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

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 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 3456 98654\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clozapini 0,1

D.t.d.: № 10

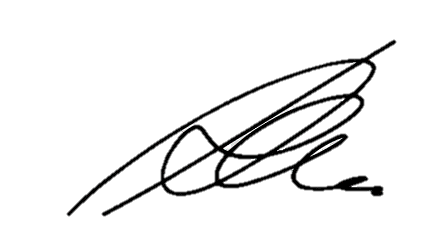
S.: по 1 таблетке 1 раз в сутки

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

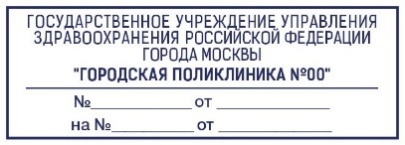
Рецепт действителен в течение 15 дней

**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

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │1│1│1│1│ N │1│1│1│1│1│1│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"28" \_июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_ г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_Зарбуева Кристина Геннадьевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_45/85\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_56432\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Rp: Tab. Buprenorphini 0,0002 №100(сто)

D. S. По 1 таблетке 3 раза в сутки

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

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

Подпись и личная печать врача

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

 М.П.

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

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске Бупренофрин таблетки 2 мг, №100, 1 упаковка, 28.06.2020, 1456 234567(паспорт)\_\_\_\_\_



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

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

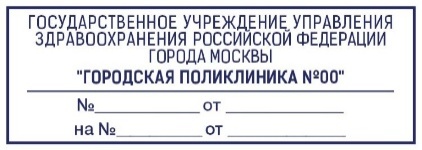
М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Бупренофрин  №100, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 3456 98654\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tab. Zolpidemi 5mg

D.t.d.N 20

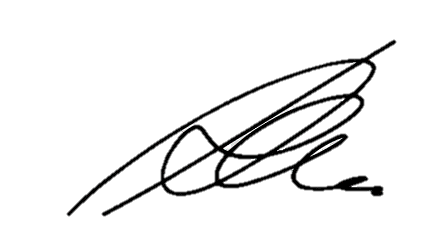
S. по 1 таблетке на ночь

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

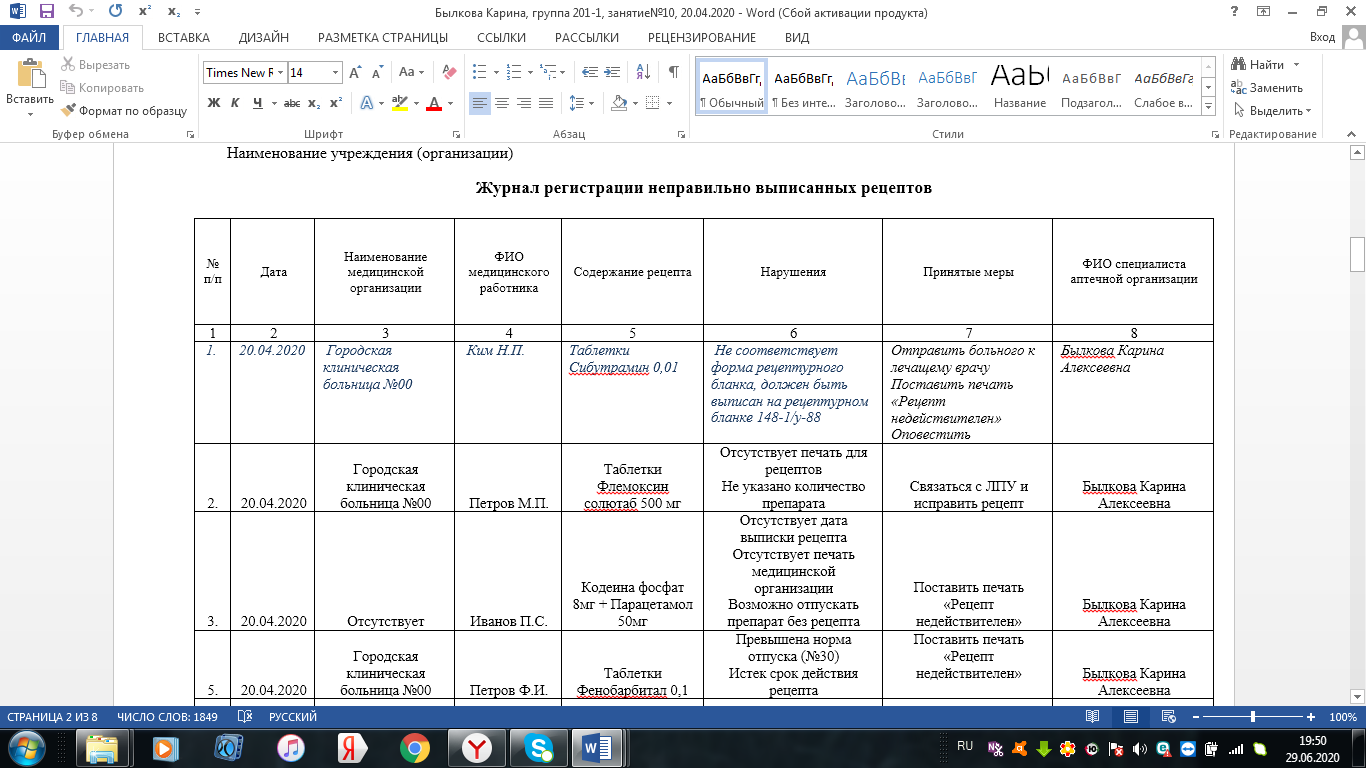
4.2 Подготовить памятку по проведению фармацевтической экспертизы рецептурных бланков.

* Соответствия рецептурного бланка прописи и категории больного;
* Правильности оформления рецепта согласно законодательства;
* Наличия необходимых реквизитов рецепта (основных и дополнительных, в т.ч. печати, подписи);
* Норм отпуска и доз, возможность превышения норм отпуска и доз;
* Выписанного препарата с правовых позиций;
* Срока действия рецепта;
* И контроль срока хранения рецепта.

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

«Рецепты, выписанные с нарушением установленных Правил выписки, регистрируются в журнале, в котором указываются выявленные нарушения в оформлении рецепта; а также фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника; выписавшего рецепт, наименование медицинской организации и принятые меры. Такой рецепт отмечается штампом «Рецепт недействителен» и возвращается человеку, предоставившему рецепт. Далее о фактах нарушения правил оформления рецептов аптека информирует руководителя соответствующей медицинской организации».

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



**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.

№148-1/у-88 (04), №148-1/у-88 (06) – льготные бланки. Их используют в тех случаях, когда выписывается препарат для бесплатного отпуска препарата из аптеки или для отпуска его со скидкой. Это бывает в тех случаях, когда пациент относится к какой-либо льготной группе и имеет право на бесплатное (или со скидкой) лекарственное обеспечение.

После того, как рецепт попадает в аптеку, он проходит несколько этапов обращения с ним:

1. Фармацевтическая экспертиза рецепта.
2. Таксировка рецепта – это определение розничной стоимости препарата.
3. Регистрация рецепта в соответствующих документах аптечной организации.

Льготный бланк №148-1/у-04(л) должен иметь необходимые реквизиты:

* Номер бланка и его серия.
* Код категории людей, которые имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами.
* Код медицинской организации.
* Код нозологической формы по МКБ.
* Отметка об источнике финансирования (федеральный, региональный, муниципальный).
* Указание, на каких условиях лекарство приобретается пациентом (бесплатно или со скидкой 50 %).
* Номер СНИЛСа и полиса ОМС.
* Код лечащего врача или фельдшера, который выписал рецепт. На каждом бланке данной формы внизу имеется часть, которая должна быть заполнена работником аптеки при отпуске лекарства. Одна ее половина остается в аптеке, другая отдается пациенту на руки.

Фармацевтическая экспертиза льготного рецепта не отличается от таковой при проверке всех остальных форм бланков, за исключением проверки дополнительных реквизитов.

Название лекарственных препаратов, которые подлежат в аптечной организации учету, должны быть написаны первыми. Количество жидких субстанций должно быть указано в мл, каплях или граммах. Бывает так, что в списке значится вещество, подлежащее учету, и его указанная доза превышает одноразовый прием. В таких случаях врач обязан указать требуемую дозировку прописью и поставить восклицательный знак рядом с указанным количеством. Если этого не сделано, провизор (фармацевт) обязан связаться с врачом для уточнения дозы. В случае если это сделать невозможно, необходимо выдать пациенту такое количество лекарства, которое будет равно половине высшей разовой дозы. Фармацевтическая экспертиза рецепта при отпуске лекарственных средств включает в себя проверку фармакологической совместимости ингредиентов. В случае если один из прописанных компонентов относится к ядовитым или сильнодействующим, фармацевтический работник должен проверить, не превышены ли высшая суточная и разовая дозы. Также необходимо убедиться, что не превышено количество лекарственных веществ для единовременного отпуска.

Проведение фармацевтической экспертизы рецепта также включает в себя проверку правильности оформления сигнатуры – раздела, где указывается способ применения препарата.

**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 | А10ВВ12 | 107-1/у | Больной сахарным диабетом | Краевой бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml  D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день | Эркетон | M01AB15 | 107-1/у | Ветеран боевых действий | Федеральный бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Thiotropii bromidi 0,00018  D.t.d. N.30  S. По 1 капсулев сутки с помощью ингалятора ХандиХалер | Спирива-респимат | RO3BB04 | 107-1/у | Больные бронхиальной астмой | Краевой бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Sol.Morphini 1% - 1ml  D.t.d. N.60 in amp.  S. Вводить под кожу по 1 мл при болях | Морфина гидрохлорид | N02A A01 | 107/у-НП | Больной онкологическим заболеванием | Краевой бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | 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 | Пенталгин-Н | N02BB72 | 148-1/у-88 | Ветеран труда Красноярского края | Краевой бюджет, 50% | 30 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 бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Rp: Tab. Diazepami 0,005  D.t.d: №100 in tab.  S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь. | Диазепам | N05BA01 | 148-1/у-88 | Лица, проработавшие в тылу | 50%, краевой | 30 дней | 3 года |
|  | Rp: Sol. Diclofenaci 2,5 % - 3 ml  D.t.d: №15 in amp.  S: Внутримышечно по 3 мл. в день. | Диклофенак | М01АВ05 | 107-1/у | Дети-инвалиды | Федеральный бюджет, 100% | 90 дней | 3 года |
|  | Acidi folici 0,001  D.t.d.: №30 in tab.  S.: По 1 таблетке 3 раза в сутки. | Фолиевая кислота | В03ВВ01 | - | Женщины в период беременности | Федеральный бюджет, 100% | 30 дней | 3 года |
|  | Rp.: Levodopa 0,5 (Levopa)  D. t. d. N. 500 in caps, gelat.  S. По 1 капсуле 4 раза в сутки. | Леводопа | N04BA | 107-1/у | Болезнь Паркинсона | 100%. Краевой | 90 дней | 3 года |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "28" \_июня\_ 2020 г. |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805 | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | 23 | N | 15 | Дата оформления: | 2 | 8 |  | 0 | 6 | 2020 г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Петров И.П.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 19 |  |  | 1 | 1 |  | 1986г. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23456789 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp: . Glimepiridi 0,002  D.t.d. N.30 in tab.  S. Внутрь по 1 таблетке утром. |
|  |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

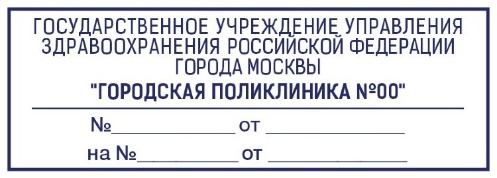
|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| 1 упаковка | | Глимепирид 2 мг | |
| Дата отпуска: "\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил: |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |  | Способ применения: | | |  |
| Наименование  лекарственного препарата: Глимепирид | Продолжительность | | | 90 | дней |
|  | | | |  |
| Дозировка: 2 мг |  |  | Количество приемов в день: |  | 1 раз |
|  | На 1 прием: 0,002 | | |  | ед. |
|  |  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Глимепиридин  №30, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Петров И.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_19.11.1986\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Glimepiridi 0,002

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

S. Внутрь по 1 таблетке утром.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

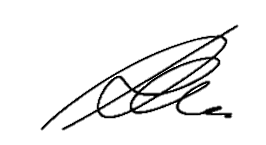
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_90 дней\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "28" \_июня\_ 2020 г. |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805 | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | 23 | N | 15 | Дата оформления: | 2 | 8 |  | 0 | 6 | 2020 г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Петров И.П.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 19 |  |  | 1 | 1 |  | 1986г. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23456789 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml  D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день |
|  |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

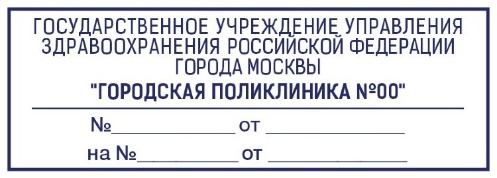
|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| 1 флакон | | Эркетон 5мг/мл | |
| Дата отпуска: "\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил: |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |  | Способ применения: | | |  |
| Наименование  лекарственного препарата: Кеторолак | Продолжительность | | | 90 | дней |
|  | | | |  |
| Дозировка: 5мг/мл |  |  | Количество приемов в день: |  | 3 раз |
|  | На 1 прием: | | |  | ед. |
|  |  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Эркетон, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Петров И.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_19.11.1986\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Ketorolaci 0,5%-5ml

D.S. По 1 капле в оба глаза 3 раза в день

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

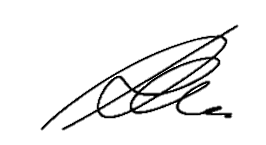
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_90 дней\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "28" \_июня\_ 2020 г. |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 0 | 3 | J | - | 4 | 5 |  |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | 23 | N | 15 | Дата оформления: | 2 | 8 |  | 0 | 6 | 2020 г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Петров И.П.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 19 |  |  | 1 | 1 |  | 1986г. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23456789 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Thiotropii bromidi 0,00018  D.t.d. N.30  S. По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора ХандиХалер |
|  |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

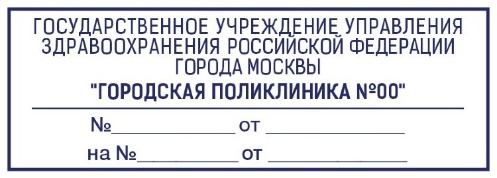
|  |
| --- |
| Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| 1 упаковка | | Спирива 18 мгк | |
| Дата отпуска: "\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил: |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |  | Способ применения: | | |  |
| Наименование  лекарственного препарата: Тиотропия бромид | Продолжительность | | | 90 | дней |
|  | | | |  |
| Дозировка: 18 мгк |  |  | Количество приемов в день: |  | 1 раз |
|  | На 1 прием: 0,00018 | | |  | ед. |
|  |  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Спирива  № 30, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Петров И.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_19.11.1986\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Thiotropii bromidi 0,00018

D.t.d. N.30

S. По 1 капсуле в сутки с помощью ингалятора ХандиХалер

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

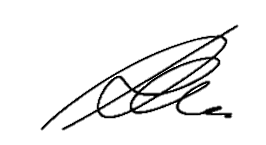
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_90 дней\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "28" \_июня\_ 2020 г. |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 3 | 0 | 3 | J | - | 4 | 5 |  |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | 23 | N | 15 | Дата оформления: | 2 | 8 |  | 0 | 6 | 2020 г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Петров И.П.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 19 |  |  | 1 | 1 |  | 1986г. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23456789 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Rp: Tab. Diazepami 0,005  D.t.d: №100 in tab.  S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь. |
|  |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

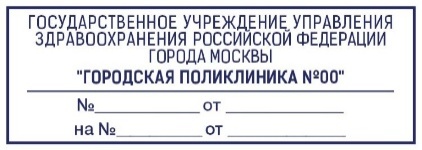
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| 1 упаковка | | Диазепам 5 мг | |
| Дата отпуска: "\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил: |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |  | Способ применения: | | |  |
| Наименование  лекарственного препарата: Диазепам | Продолжительность | | | 90 | дней |
|  | | | |  |
| Дозировка: 5 мг |  |  | Количество приемов в день: |  | 2 раз |
|  | На 1 прием: 0,005 | | |  | ед. |
|  |  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Диазепам  № 100, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Петров И.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_19.11.1996\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 23456789\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tab. Diazepami 0,005

D.t.d: №100 in tab.

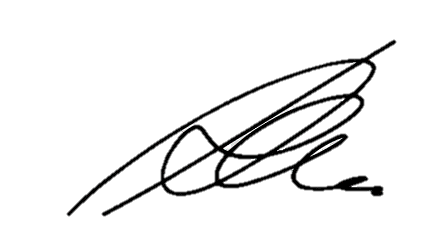
S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь.

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |  | УТВЕРЖДЕНА  приказом Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от "28" \_июня\_ 2020 г. |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 5 | 5 | 1 | 3 | 4 | 1 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Штамп  Код | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  | | | | | |  |  |
| индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350830/#dst0) 3108805 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма N 148-1/у-04 (л) | | | | | | | | | |
| Код категории граждан | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты: (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет |  |
| 5 | 0 | 2 | Y | - | 4 | 4 . | 1 |
| 2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | 1. Бесплатно  2. 50%  3. иной % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ | Серия | 23 | N | 15 | Дата оформления: | 2 | 8 |  | 0 | 6 | 2020 г. | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  пациента Марченко О.Л.\_\_\_\_\_\_ Дата рождения | | | | | | 19 |  |  | 1 | 0 |  | 1999г. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | |
| N полиса обязательного медицинского страхования: | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23456789 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руб. | Коп. | Acidi folici 0,001  D.t.d.: №30 in tab.  S.: По 1 таблетке 3 раза в сутки. |
|  |  |  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) |  | М.П. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ------------------- (Заполняется специалистом аптечной организации) ------------------- | | | |
| Отпущено по рецепту: |  | Торговое наименование и дозировка: | |
| 1 упаковка | | Фолиевая кислота 1 мг | |
| Дата отпуска: "\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020\_\_ г. | | Количество: 1 упаковка | |
| Приготовил: | | Проверил: | Отпустил: |
| ------------------------------------------------ (линия отрыва) ------------------------------------------------ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка |  | Способ применения: | | |  |
| Наименование  лекарственного препарата: Фолиевая кислота | Продолжительность | | | 30 | дней |
|  | | | |  |
| Дозировка: 1 мг |  |  | Количество приемов в день: |  | 3 раз |
|  | На 1 прием: 0,001 | | |  | ед. |
|  |  | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Фолиевая кислота  №30, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

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

Отпуск лекарственных средств по бесплатным рецептам или рецептам со скидкой и обычный отпуск лекарств отражаются в бухгалтерском и налоговом учете аптеки по-разному. Дело в том, что часть расходов на реализацию при продаже льготных лекарств возмещается территориальным органом обязательного медицинского страхования.

Льготные лекарства или лекарства со скидкой должны выдаваться только по рецепту, оформленному в соответствующей форме на специальном бланке. При этом процесс выписки фиксируется в медицинской карте с указанием номера рецепта. Работники аптеки должны проверять каждый льготный рецепт – просроченные или выписанные с нарушением правил рецепты являются недействительными, а стоимость лекарственных средств по ним не возвращается аптеке.

Отпускать наркотические и психотропные вещества можно только в составе изготовленного лекарственного средства согласно прикреплению к аптечной организации к амбулаторно-поликлинического учреждения, делать это могут аптеки с соответствующей лицензией. Отпускать данные лекарственные средства по рецептам ветеринарного врача категорически запрещается.

Если рецепт длительного действия, после выдачи лекарства он подлежит возврату покупателю, при этом на оборотной части указывается дата и количество выданного препарата. Если срок действия истек, рецепт остается в аптеке и гасится штампом «Рецепт недействителен».

Льготные рецепты хранятся в аптеке в деревянных шкафах, расположенных в запирающихся помещениях. Рецепты на этиловый спирт и на ЛС по форме N 148-1/у-88 хранят в металлических шкафах или сейфах. Срок хранения льготных рецептов составляет 5 лет, после чего они уничтожаются специальной комиссией с составлением акта.

Обязательный отпуск лекарственных средств по бесплатным и льготным рецептам осуществляется в соответствии с минимальным ассортиментом лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи, утверждаемым для аптечных учреждений/организаций органом управления здравоохранением и фармацевтическими организациями субъекта Российской Федерации.

При выписывании льготных рецептов обязательно указывается номер телефона, по которому сотрудник аптеки может согласовать с лечащим врачом или клинико-экспертной комиссией синонимическую замену лекарственного препарата, стоимость которого более чем на 30% превышает стоимость выписанного лекарственного препарата в случае его отсутствия в аптеке. Если разница в цене составляет менее 30%, сотрудник аптечного учреждения может выдать аналогичный товар без согласования с врачом.

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

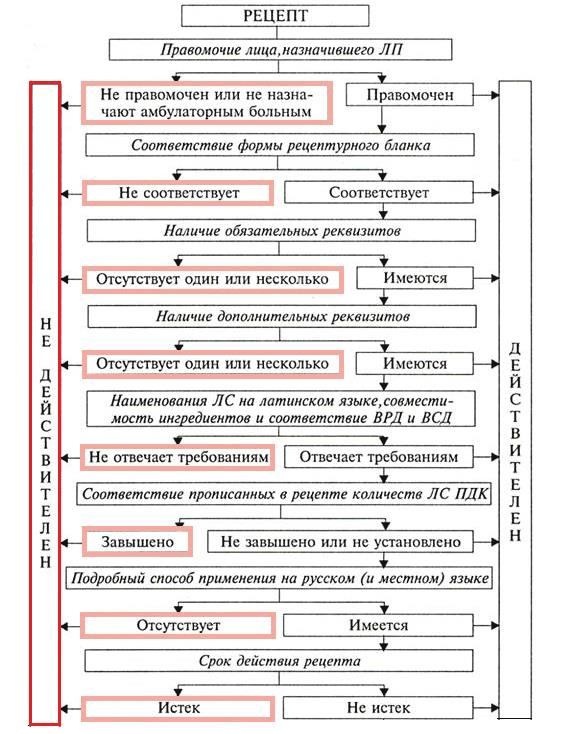
**Виды работ**: ознакомление с правилами отпуска лекарственных препаратов.

**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.



Чтобы проверить правильность рецепта можно следовать данной блок-схеме.

Реквизиты и содержание бланка:

В левом верхнем углу бланка ставится штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона. Также указывается номер, серия и дата выписки рецепта. В графах «Ф. И. О. пациента» должны быть полностью прописаны фамилия, имя и отчество

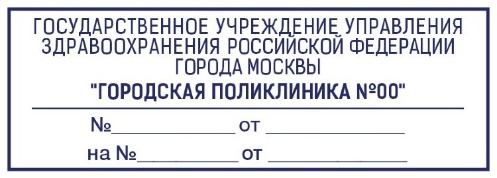
В рецептурных бланках формы N 148–1/у-88и формы N 107–1/у в графе «Возраст» указывается количество полных лет пациента

В рецептурных бланках формы N 148–1/у-88 в графе «Адрес или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» указывается полный почтовый адрес места жительства (места пребывания или места фактического проживания) пациента или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

В графе «Ф. И. О. лечащего врача» рецептурных бланков указываются полностью фамилия, имя и отчество лечащего врача.

В графе «Rp:» рецептурных бланков указываются: на латинском языке — наименование лекарственного препарата.

Согласно Приказу Минздравсоцразвития «О порядке отпуска лекарственных средств» от 14.12.2005 г. № 785 (с изм. от 6.08.2007 г.) при наличии в аптечном учреждении (организации) лекарственных средств с дозировкой, отличной от дозировки, выписанной в рецепте врача, работник аптечного учреждения (организации) может принять решение об отпуске больному имеющихся лекарственных средств в случае, если дозировка лекарственного средства меньше дозировки, указанной в рецепте врача, с учетом перерасчета на курсовую дозу.В случае если дозировка имеющегося в аптечном учреждении (организации) лекарственного средства превышает дозировку, указанную в рецепте врача, решение об отпуске больному лекарства принимает врач, выписавший рецепт. Больному предоставляется информация об изменении разовой дозы приема лекарственного средства.

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)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Нечкина А.Е.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_12.12.2000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Levofloxacini 0.5% - 100,0

D.t.d. N 10 in flac.

S. Вводить внутривенно капельно медленно \* 2 раза в день - 5 дней

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

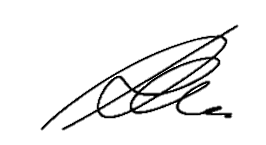
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

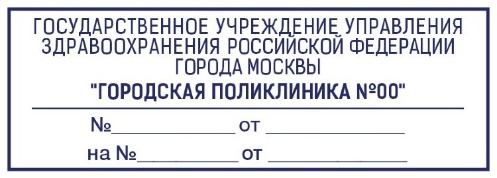
Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5%  10 флаконов  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Нечкина А.Е.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_12.12.2000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Tab. Mexidol 0.125

D.t.d.N 30

S. по 1 таб. \* 3 раза в день

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

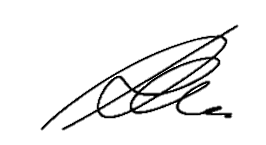
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

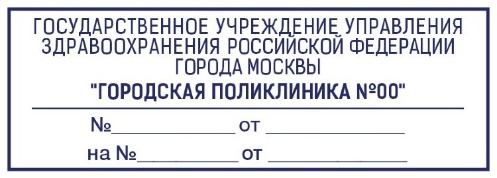
Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Мексидол 125 мг  № 30, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Нечкина А.Е.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_12.12.2000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Novocaini 0,25% — 5,0

D.t.d. N. 10 in ampull.

D.S. для новокаиновой блокады.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

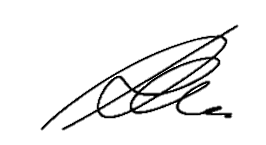
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

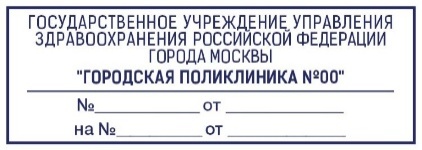
(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Новокаин 0,25%-5  1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 3456 98654\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tab. Tramadoli 0.1

D.t.d.N 30

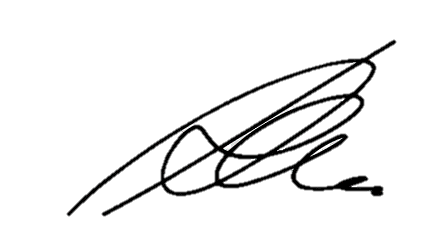
S. По 1 таб. \* 2 р.д.

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

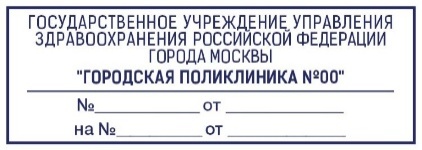
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Трамадол 100 мг  2 упаковки  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 3456 98654\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Caps. Sibutramini 0.015

D.t.d.N. 30

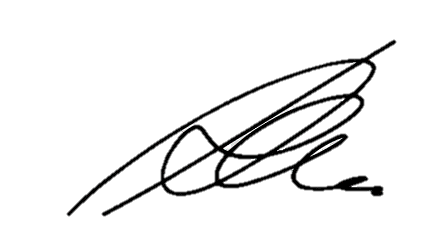
S. по 1 таб 1 раз в сутки

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

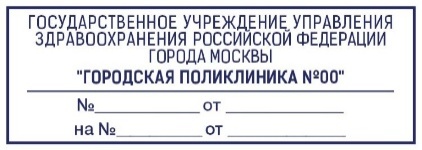
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Сибутрамин 15 мг  №10, 3 упаковки  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

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

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия 1 1 1 1 N 1 1 1 1 1

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "28" \_июня\_\_\_\_ 20\_20\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента \_\_Нечкина Алена Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_16.06.1999\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 3456 98654\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова Карина Алексеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp: Tab. Clozapini 0.025

D.t.d.N 50

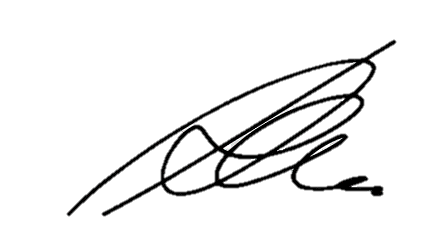
S. По 2 таб \* 3 раза в день

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Клозапин 25 мг  № 50, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

1.2 Заполните таблицу.

Таблица 1 - Отпуск лекарственных препаратов, разрешенный аптечным организациям

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа ЛП | Аптека | Аптечный пункт | Аптечный киоск | Индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на фарм.деятельность |
| Безрецептурные ЛП | + | + | + | + |
| Рецептурные ЛП, не подлежащие ПКУ | + | + | + | + |
| Наркотические и психотропные ЛП | + | + | - | - |
| Иммунобиологические ЛП | + | + | - | - |

**1.3 Особенности отпуска некоторых групп лекарственных препаратов.**

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 июля 2017 г. № 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”

Отпуск иммунобиологических лекарственных препаратов по рецептам осуществляется аптеками и аптечными пунктами.

Правилами установлено (п. 13), что отпуск иммунобиологического лекарственного препарата осуществляется лицу, приобретающему (получающему) лекарственный препарат, при наличии у него специального термоконтейнера, в который помещается лекарственный препарат, с разъяснением необходимости его доставки в медицинскую организацию при условии хранения в специальном термоконтейнере в срок, не превышающий 48 часов после его приобретения.

При отпуске иммунобиологического лекарственного препарата на рецепте или корешке рецепта, который остается у приобретателя данного препарата, указывается точное время (в часах и минутах) его отпуска.

II. Требования к отпуску наркотических и психотропных лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью, иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету

19. Отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, обладающих анаболической активностью, лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, осуществляется фармацевтическими работниками, занимающими должности, включенные в перечень должностей фармацевтических и медицинских работников в организациях, которым предоставлено право отпуска наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2016 г. № 681н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 сентября 2016 г., регистрационный № 43748).

20. 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\*(17) или лицу, имеющему оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность на право получения таких наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

21. Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II (за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем), предназначенные для граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, отпускаются при предъявлении рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 107/у-НП, и рецепта, выписанного на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л) или формы № 148-1/у-06 (л).

22. 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:

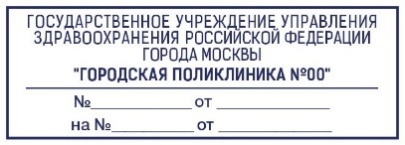
* наименование и адрес местонахождения аптеки или аптечного пункта;
* номер и дата выписанного рецепта;
* фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, для которого предназначен лекарственный препарат, его возраст;
* номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 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.

**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

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │1│1│1│1│ N │1│1│1│1│1│1│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"28" \_июня\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_ г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_Зарбуева Кристина Геннадьевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_45/85\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_56432\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Rp: Tab. Buprenorphini 0,0002 №100(сто)

D. S. По 1 таблетке 3 раза в сутки

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

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

Подпись и личная печать врача

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

 М.П.

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

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске Бупренофрин таблетки 2 мг, №100, 1 упаковка, 28.06.2020, 1456 234567(паспорт)\_\_\_\_\_



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

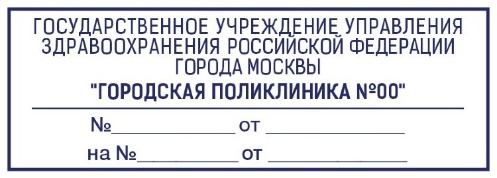
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Бупренофрин  №100, 1 упаковка  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_28\_" \_июня\_\_\_ 2020 г.

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

пациента \_Нечкина А.Е.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_12.12.2000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_Былкова К.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp. Sol. Gamma Globulini human 16% - 200 ml

D.t.d.N. 2 in flac.

S. По схеме.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

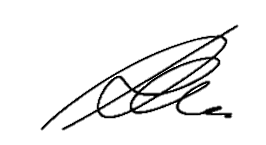
-------------------------------------------------------



руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

(нужное подчеркнуть) (указать количество

месяцев)

|  |  |
| --- | --- |
| Аптека №1 Гамма Глобулин Хуман 16%-200мл  2 флакона  Былкова К.А.  28.06.2020 | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |
|  |
|  |

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

**1.4 Информирование фармацевтическим работником при отпуске ЛП**

На сегодняшний день современная аптека - это совершенно новое предприятие, которое имеет самостоятельный юридический статус и в полной мере несет ответственность, предусмотренную законодательством.

В то же время она должна полностью удовлетворять запросам населения в медицинских и фармацевтических товарах и услугах на высоком профессиональном уровне.

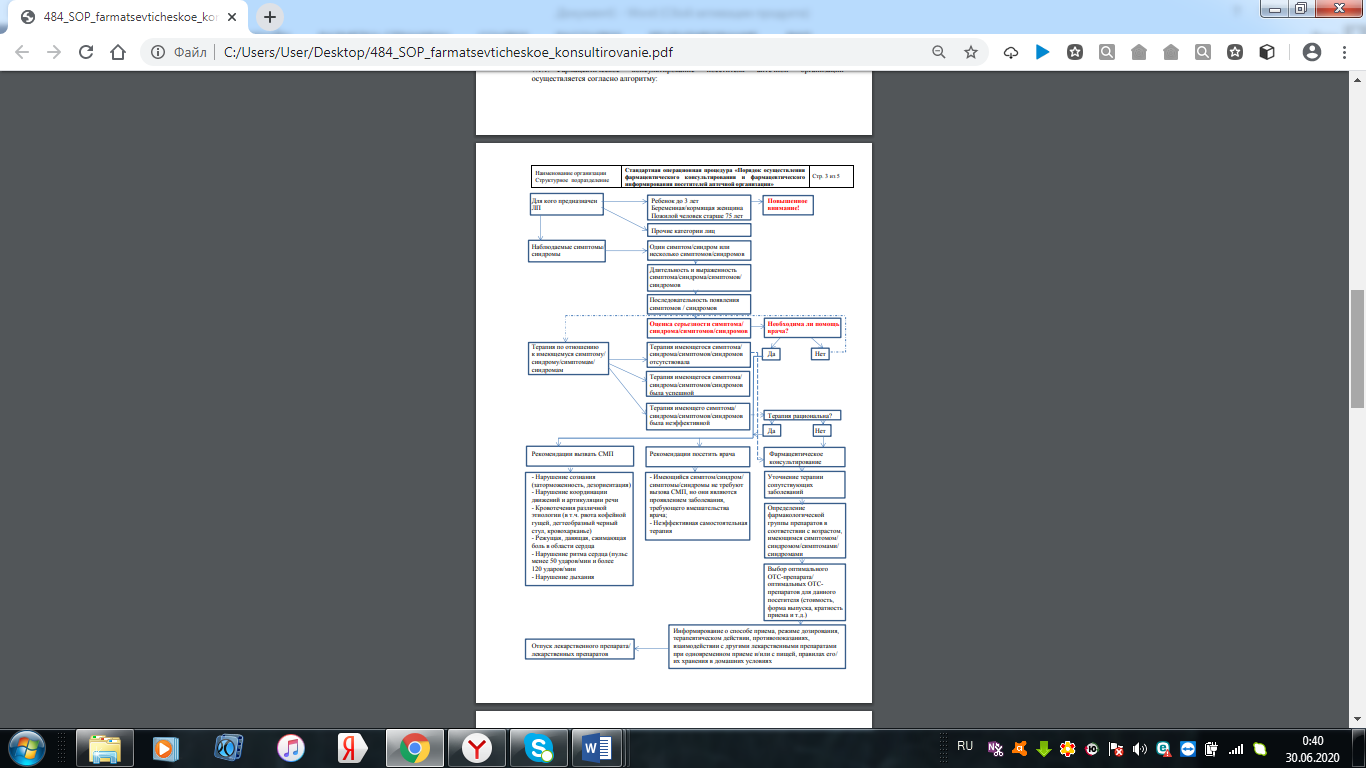
Роль различных социальных услуг, которые аптека может оказывать своим посетителям, значительно возрастает.

Содержание любой услуги заключается в полезной деятельности, удовлетворяющей потребности тех, кто нуждается в этой услуге. Качество этой услуги зависит от того, кто ее оказывает, а также от того, где, как и когда она была предоставлена.

Иными словами, качество услуги во многом зависит от личности исполнителя и обстоятельств, в которых она действует.

Фармацевтическая помощь включает в себя:

* обеспечение населения и конкретно каждого человека всеми товарами аптечного ассортимента;
* оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросу выбора наиболее эффективных и безопасных лекарственных препаратов, и других товаров аптечного ассортимента, способов хранения, использования, порядка приобретения;
* удовлетворение пациента квалифицированной помощью в сфере здравоохранения (ВОЗ).



Также, можно соответствовать данному алгоритму.

Пример 1:

В аптеку обратился мужчина 30 лет с плохим самочувствием: озноб, чихание, температура. Начинает проявляться насморк.

Порекомендовать приобрести препараты для облегчения состояния пациента – безрецептурные препараты (иммуномодулирующие и симптоматические) и после посещения врача и уточнения диагноза приобрести рецептурные препараты.

ТераФлю от гриппа и простуды.

Код АТХ:

N02BE51 Парацетамол в комбинации с другими препаратами, кроме психолептиков.

Состав: Парацетамол + Фенилэфрин + Фенирамин + Аскорбиновая кислота.

Комбинированный препарат, обладает жаропонижающим, противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим, противоаллергическим действием.

Показания к применению:

Инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ, грипп), сопровождающиеся высокой температурой, ознобом, ломотой в теле, головной и мышечной болью, насморком, заложенностью носа, чиханием.

Пример 2:

В аптеку обратилась женщина 25 лет. Рассказала, что в последнее время мучают ужасные головные боли, неприятно смотреть на свет и реагирует на звук. Фармацевт порекомендовала препараты, против мигрени и обратиться к врачу.

Цитрамон форте, для снижения приступов головной боли.

Показания:

Болевой синдром слабой и умеренной выраженности (различного генеза): головная боль; мигрень; зубная боль; невралгия; миалгия; артралгия; альгодисменорея. Лихорадочный синдром: при ОРЗ; при гриппе.

Комбинированное лекарственное средство.

Ацетилсалициловая кислота обладает жаропонижающим и противовоспалительным действием, ослабляет боль, особенно вызванную воспалительным процессом, а также умеренно угнетает агрегацию тромбоцитов и тромбообразование, улучшает микроциркуляцию в очаге воспаления.

Кофеин повышает рефлекторную возбудимость спинного мозга, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры, расширяет кровеносные сосуды скелетных мышц, головного мозга, сердца, почек, снижает агрегацию тромбоцитов; уменьшает сонливость, чувство усталости, повышает умственную и физическую работоспособность. В данной комбинации кофеин в малой дозе практически не оказывает стимулирующего действия на ЦНС, однако способствует нормализации тонуса сосудов мозга и ускорению кровотока.

Парацетамол обладает анальгетическим, жаропонижающим и крайне слабым противовоспалительным действием, что связано с его влиянием на центр терморегуляции в гипоталамусе и слабовыраженной способностью ингибировать синтез простагландинов в периферических тканях.

Препарат не следует принимать более чем 5 дней при назначении в качестве обезболивающего средства и более 3 дней в качестве жаропонижающего. Другие дозы и схемы применения устанавливает врач.

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

Отпуск лекарственных препаратов по требованиям-накладным.

Требование-накладная на отпуск лекарственных препаратов оформляется в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных препаратов и оформления рецептов и требований-накладных.

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

Пункт 31 Правил устанавливает, что 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[2], с предоставлением инструкции (копии инструкции) по применению отпускаемого лекарственного препарата.

Вышеназванной инструкцией установлено, что требования-накладные на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, выписываются на отдельных бланках требований-накладных для каждой группы препаратов. Так, по отдельным требованиям-накладным осуществляются (п. 27 Правил):

отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов Списка II;

психотропных лекарственных препаратов Списка III;

иных лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, в том числе отпускаемых без рецепта.

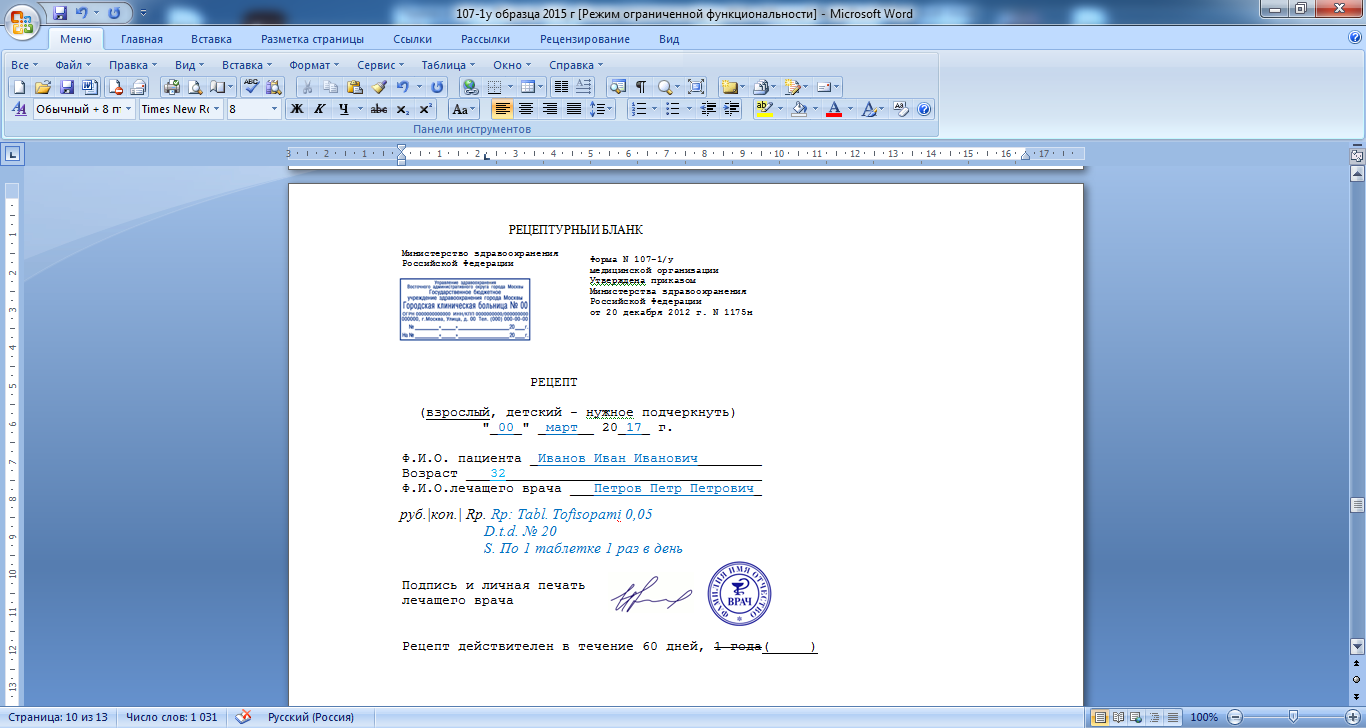
При этом запрещается отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов Списка II, в том числе в виде трансдермальных терапевтических систем, психотропных лекарственных препаратов Списка III по требованиям-накладным индивидуального предпринимателя, имеющего лицензию на медицинскую деятельность (п. 4 ст. 31 Федерального закона № 3-ФЗ).

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

в течение пяти лет – на наркотические и психотропные лекарственные препараты Списка II, психотропные лекарственные препараты Списка III (в отношении аптек и аптечных пунктов);

в течение трех лет – на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету;

в течение одного года – на иные лекарственные препараты.

Типовая межотраслевая форма № М-11

Утверждена постановлением Госкомстата России

от 30.10.97 № 71а

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | ЗПечать государственного учреждения - заказать в Полиграфии ОКЕЙКор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | Учет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 28.06 |  |  |  |  |  |  |  |  |

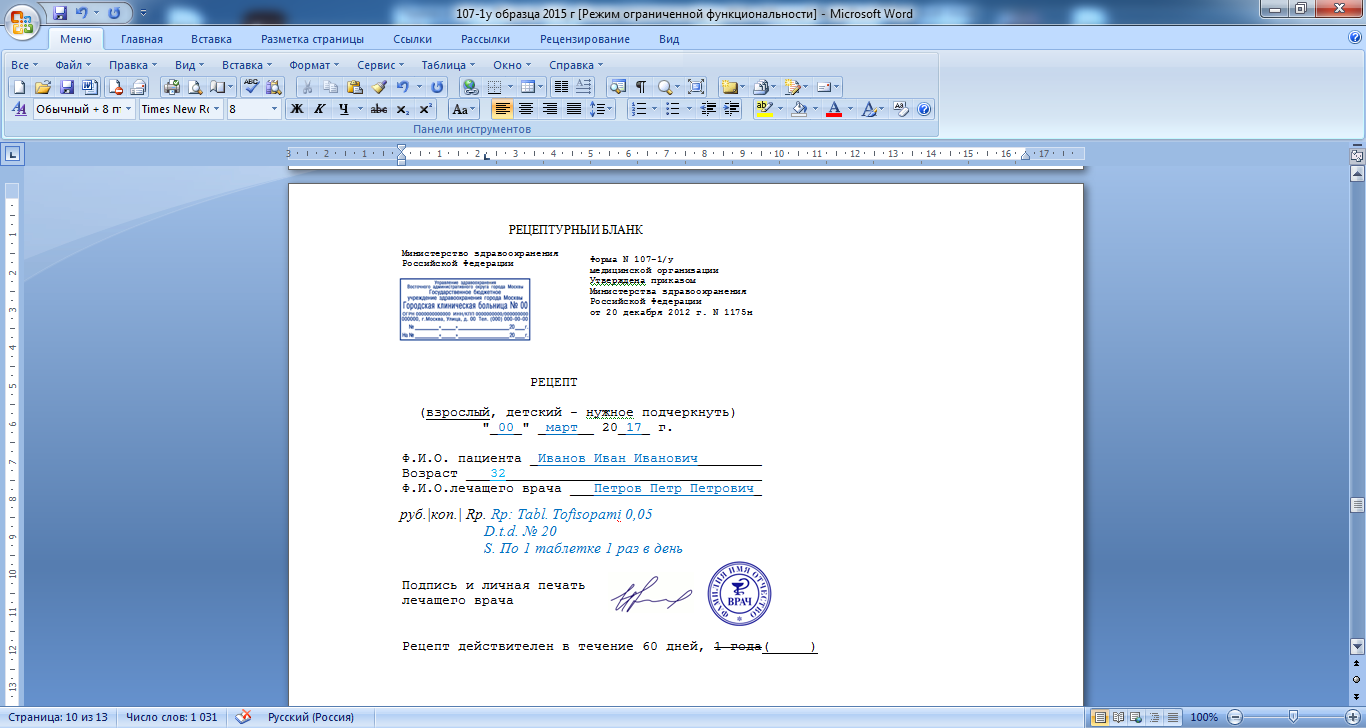
Через кого Аптека №1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная медсестра Заиграева Д.Е. | Разрешил | Главный врач Потапов Р.П. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма без уче­та НДС, руб. коп. | По­ряд­ко­вый но­мер по склад­ской  кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк- ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре- бо­ва- но | от­пу- ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp:Sol. «Relanium» 0,005%-2,0 №5  S. Внутримышечно |  |  | Фл | 5 | 5 | 135,00 | 675,00 |  |
| Rp:Tabl. Zolpidemi 0,01 №15  D.S. Внутрь |  |  | Уп | 1 | 1 | 384,00 | 384,00 |  |
|  |  |  |  |  |  | Итого: | 1059,00 |  |
|  |  |  |  |  |  | Одна тысяча пятьдесят девять рублей 00 коп. | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  |  |  | Былкова К.А. | **Получил** | Главная медсестра |  |  |  | Романенко О.Д. |
|  | (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 | Городская больница №1 | | | | по ОКПО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Да­та сос­та­вле­ния | Код ви­да опе­ра­ции | От­пра­ви­тель | | По­лу­ча­тель | | Кор­рес­пон­ди­ру­ющий счет | | ЗПечать государственного учреждения - заказать в Полиграфии ОКЕЙУчет­ная  еди­ни­ца  вы­пус­ка  про­дук­ции (ра­бот,  ус­луг) |
| струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | струк­тур­ное  под­раз­де­ле­ние | вид  де­ятель­нос­ти | счет, суб­счет | код ана­ли­ти­чес­ко­го уче­та |
| 28.06 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Через кого Аптека №1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Затребовал | Главная Заиграева Д.Е. | Разрешил | Главный врач Прокопьева А.М. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ма­те­ри­аль­ные цен­нос­ти | | Еди­ни­ца из­ме­ре­ния | | Ко­ли­чес­тво | | Це­на, руб.  коп. | Сум­ма без уче­та НДС, руб. коп. | По­ряд­ко­вый но­мер по склад­ской  кар­то­те­ке |
| на­име­но­ва­ние | но­менк- ла­тур­ный но­мер | код | на­име­но­ва­ние | зат­ре- бо­ва- но | от­пу- ще­но |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Rp:Sol. «Clophelinum» 0,01%-1,0 №10  S. Внутримышечно |  |  | Фл | 2 | 2 | 438,00 | 876,00 |  |
| Rp:Tabl. «Clophelinum» 0,0015 №50  D.S. Внутрь |  |  | уп | 3 | 3 | 313,00 | 939,00 |  |
| Rp: Tabl. «Pentalginum – N» №10  D.S. внутрь |  |  | Уп. | 5 | 5 | 167,00 | 835,00 |  |
| Rp: Tabl. «Codelac» №10  S. Внутрь |  |  | Уп. | 5 | 5 | 187,00 | 935,00 |  |
|  |  |  |  |  |  | Итого: | 3585,00 |  |
|  |  |  |  |  |  | Три тысячи пятьсот восемьдесят пять рублей 00 коп | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Отпустил** | Фармацевт |  |  |  | Былкова К.А. | **Получил** | Главная медсестра |  |  |  | Нечкина А.Е. |

**3. Решите ситуационные задачи**

1) Женщина пробивается сквозь очередь к провизору и просит выдать ей срочно элениум, т.к. ей очень плохо. Провизор сказала, что нужен рецепт, но женщина просила неотступно. Тогда вмешался ее муж. Он просил выдать хотя бы две таблетки элениума. Провизор не выдала. Мужчина разразился бранью, проклятиями. Прав ли провизор?

Ответ: Препарат Элениум (хлордиазепоксид) подлежит предметно-количественному учёту согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 22 апреля 2014 г. N 183н г. Москва "Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету"

Хлордиазепоксид относится к списку IIIПеречня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998г.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 1175н от 20.12. 2012г. элениум выписывается на рецептурном бланке формы 148-1\у-88.

Поэтому, без рецепта данный препарат никак может быть выдан, и провизор поступила абсолютно правильно.

Нужно оправить женщину в медицинское учреждение для оказания первой медицинской помощи.

2) Больной обращается в аптеку с просьбой выдать ему экстракт валерианы в таблетках. В аптеке ему ответили, что экстракта валерианы в таблетках нет, но есть настойка валерианы. Больной возмущен: «Час тому назад вы выдали экстракт валерианы моему соседу-инвалиду Великой Отечественной войны. Почему ему есть, а мне нет? Я тоже отлично работаю на заводе, имею награды, молод еще и т.д.». Какова должна быть реакция провизора?

Ответ: Главное в этой ситуации не начать ругаться, отвечать спокойно, уравновешенно.

Скорее всего, провизор отдала последнюю упаковку Экстракта Валерианы в таблетках, тому самому пожилому мужчине.

Успокоить мужчину, сказать, что в аптеках никто не разделяет людей на «хуже» и «лучше».

Позвонить в ближайшие аптеки, узнать, возможно так есть то лекарство которое необходимо мужчине.

Если же мужчина согласится купить настойку Валерианы, объяснить правила приема, данной лекарственной формы.

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

Ф.И.О. обучающегося Былкова Карина Алексеевна

Группа 201 Специальность 33.02.01\_Фармация

Проходившего производственную практику «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» с 13 июня по1 июля 2020г

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

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

За время прохождения мною выполнены следующие объемы работ:

А. Цифровой отчет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
| 1 | Прием рецептов и проведение фармацевтической экспертизы | 18 |
| 2 | Прием требований и проведение фармацевтической экспертизы | 2 |
| 3 | Таксирование рецептов |  |
| 4 | Таксирование требований |  |
| 5 | Фасовочные работы |  |
| 6 | Составление заявок на товары аптечного ассортимента |  |
| 7 | Прием товара по количеству (указать количество товарных накладных) |  |
| 8 | Прием товара по качеству (указать количество товарных накладных) |  |

Б. Текстовой отчет

Во время прохождения практики, мною были выполнены все задачи,

которые были поставлены. Были закреплены все знания, что были получены во время учебного года. Практика пройдена не полноценно, так как все происходило в дистанционном режиме.

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Былкова Карина Алексеевна

(подпись) (ФИО)

Общий/непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Казакова Елена Николаевна

(подпись) (ФИО)

«30» июня 2020 г. м.п.