

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения

**Паспорт
экзаменационной станции**

Фармацевтическая экспертиза рецептов

Специальность:

Фармация

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
2. Продолжительность работы станции	4
3. Задача станции.....	4
4. Информация по обеспечению работы станции	5
4.1. Рабочее место члена АПК.....	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Расходные материалы	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции.....	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	8
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции	9
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	9
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	9
12. Алгоритм выполнения навыка	10
13. Оценочный лист (чек-лист)	12
14. Медицинская документация (рецептурные бланки) приложение 1	14
15. Сведения о разработчиках паспорта.....	14
Приложение 1.....	15
Приложение 2.....	52

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее – чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением) и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее – АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка, иметь индивидуальные средства защиты).

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 09.03.2016г. №91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор»

Трудовая функция:

A/01.7 Оптовая, розничная торговля, отпуск лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым лицом своего умения проводить рецептурный отпуск лекарственных препаратов. Определять: соответствие формы рецептурного бланка назначенному препарату, наличие необходимых реквизитов, нормы отпуска ЛП, срок действия рецептурного бланка и срок его хранения в аптеке. Обеспечивать законность льготного лекарственного обеспечения, а также демонстрировать тактику при выявлении нарушений.

Станция не предназначена для оценки умения заполнять документацию.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
4.	Устройство для трансляции видео и аудио изображения ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции.	1 шт.
5.	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение аптеки и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Стол рабочий	1 шт.
2.	Стул	1 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет и доступом к актуальной нормативно-правовой базе (Перечень ЖНВЛП, Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 N 681 "Об	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

	<p>утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации",</p> <p>Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 N 964 "Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации")</p>	
4.	<p>Журналы (имитация) для регистрации (Приложение 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> – журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения; – журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; – журнал регистрации неправильно выписанных рецептов 	По 1 шт.
5.	Рецептурные бланки согласно ситуациям (Приложение 1)	По 2 шт. на 1 аккредитуемого

4.2.2. Расходные материалы

Таблица 4

Перечень расходного материала

№ п/п	Перечень расходного материала	Количество
1	Ручка шариковая	1 шт.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 5

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на клонидин (табл.)
2.	В аптеку обратился посетитель (ветеран боевых действий) с рецептами на клоназепам (табл.)
3.	В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на фентанил (трансдермальная терапевтическая система)
4.	В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на прегабалин (капс.)
5.	В аптеку обратился посетитель (участник Великой Отечественной войны) с

	рецептами на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (табл.)
6.	В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на тримеперидин (табл)
7.	В аптеку обратился посетитель (инвалид войны) с рецептами на бензобарбитал (табл.)
8.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на фенобарбитал (табл.) для ребенка - инвалида
9.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на морфин (табл.) для онкологического больного
10.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на бупренорфин (раствор для инъекций) для онкологического больного

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы сотрудник аптечной организации г. Городского. Сейчас Ваша зона ответственности **Отпуск лекарственных препаратов, фармацевтическая экспертиза рецепта.**

Задание:

Определить: соответствие формы рецептурных бланков назначенному препарату, необходимые реквизиты, нормы отпуска, срок действия рецептурного бланка и срок его хранения в аптеке. Обеспечивать законность льготного лекарственного обеспечения, а также демонстрировать тактику при выявлении нарушений.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Установка нужного сценария.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).

² для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера (если предусмотрено сценарием станции).
4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
6. Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).
7. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 6).
8. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать требования.
9. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 6

**Примерные тексты вводной информации
в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1	При попытке заполнить журнал	«Будем считать, что Вы заполнили журнал»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. №34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.)
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 9 марта 2016 г. № 91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор»
4. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н "Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения"
5. 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"
6. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н (ред. от 08.10.2020) "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения"
7. Приказ Минздрава России от 01.08.2012 N 54н (ред. от 08.10.2020) "Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления"
8. Приказ Минздрава России от 17.06.2013 N 378н (ред. от 05.04.2018) "Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения"
9. Инструкции по применению лекарственных препаратов
10. <https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx>

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

11. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

12. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

№	Действие аккредитуемого лица	Номер ситуации (сценария)
1.	Ознакомиться с лекарственным препаратом (ЛП) в рецептах и определить принадлежность ЛП к спискам сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических и психотропных ЛП	1-10
2.	Обосновать выбор формы рецептурных бланков	1-10
3.	Определить правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	1-10
4.	Проверить наличие препарата в списке ЖНВЛП	1-10
Проконтролировать наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:		
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	1-10
6.	Дата оформления рецепта	1-10
7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1,2,3,4,5,7,8
8.	ФИО полностью пациента	6,9,10
9.	Дата рождения пациента	1,2,3,4,5,7,8
10.	Возраст – количество полных лет	6,9,10
11.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1,2,3,4,5,7,8
12.	ФИО полностью медработника	6,9,10
13.	МНН ЛП на латинском языке	1-10
14.	Дозировка ЛП	1-10
15.	Количество ЛП	1-10
16.	Способ применения ЛП	1-10
17.	Подпись и личная печать медицинского работника	1-10
Проконтролировать наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:		
18.	Серия и номер бланка	1-10
19.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	1,2,3,4,5,7,8
20.	Номер медицинской карты	6,9,10
21.	Номер полиса ОМС	6,9,10
22.	Количество ЛП прописью	6,9,10
23.	ФИО и подпись уполномоченного лица медицинской организации	6,9,10
24.	Печать для рецептов	1-10
Проконтролировать наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):		
25.	Штамп медицинской организации с указанием наименования,	1-10

	адреса и телефона и код медицинской организации	
26.	Код категории граждан	1-10
27.	Код нозологической формы (по МКБ)	1-10
28.	Источник финансирования и % оплаты	1-10
29.	Серия и номер бланка	1-10
30.	Дата оформления рецепта	1-10
31.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1-10
32.	Дата рождения пациента	1-10
33.	Номер СНИЛС пациента	1-10
34.	Номер полиса ОМС	1-10
35.	Номер медицинской карты	1-10
36.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1-10
37.	МНН ЛП на латинском языке	1-10
38.	Дозировка ЛП	1-10
39.	Количество ЛП	1-10
40.	Способ применения ЛП	1-10
41.	Подпись и личная печать врача	1-10
42.	Печать для рецептов	1-10
Контроль отпуска		
43.	Проверить количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. При превышении количества удостовериться в наличии надписи "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	2,3,6,8,9,10
44.	Определить срок действия рецепта	1-10
45.	Указать на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	2,3,6,8,9,10
46.	Выдать ЛП (при отсутствии ошибок в оформлении рецепта) и сделать отметку в рецептах Или При наличии ошибок рецепты регистрируются в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт	1-10
Предметно-количественный учет (ПКУ)		
47.	Определить срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10
48.	Зарегистрировать отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10

13. Оценочный лист (чек-лист)

Чек-лист используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№	Действие аккредитуемого лица	Номер ситуации (сценария)	Критерии оценки
1.	Ознакомился с ЛП в рецептах и определил принадлежность ЛП к спискам сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических и психотропных ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обосновал выбор форм рецептурных бланков	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Определил правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проверил наличие препарата в списке ЖНВЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:			
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Дата оформления рецепта	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1,2,3,4,5,7,8	√ да <input type="checkbox"/> нет
8.	ФИО полностью пациента	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Дата рождения пациента	1,2,3,4,5,7,8	√ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Возраст – количество полных лет	6,9,10	
11.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1,2,3,4,5,7,8	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	ФИО полностью медработника	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
13.	МНН ЛП на латинском языке	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Дозировка ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Количество ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	Способ применения ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	Подпись и личная печать медицинского работника	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:			
18.	Серия и номер бланка	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	1,2,3,4,5,7,8	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Номер медицинской карты (нарк)	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Номер полиса ОМС (нарк)	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Количество ЛП прописью	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации	6,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Печать для рецептов	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):			
25.	Штамп медицинской организации с указанием	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет

	наименования, адреса и телефона и код медицинской организации		
26.	Код категории граждан	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
27.	Код нозологической формы (по МКБ)	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
28.	Источник финансирования и % оплаты	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
29.	Серия и номер бланка	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
30.	Дата оформления рецепта	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
31.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
32.	Дата рождения пациента	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
33.	Номер СНИЛС пациента	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
34.	Номер полиса ОМС	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
35.	Номер медицинской карты	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
36.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
37.	МНН ЛП на латинском языке	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
38.	Дозировка ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
39.	Количество ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
40.	Способ применения ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
41.	Подпись и личная печать врача	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
42.	Печать для рецептов	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
Контроль отпуска			
43.	Проверил количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. В случае превышения их количества удостоверился в наличии надписи: "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	2,3,6,8,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
44.	Определил срок действия рецепта	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
45.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	2,3,6,8,9,10	√ да <input type="checkbox"/> нет
46.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
Предметно-количественный учет (ПКУ)			
47.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет
48.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10	√ да <input type="checkbox"/> нет

14. Медицинская документация (рецептурные бланки) приложение 1

15. Сведения о разработчиках паспорта

15.1 Ответственная Организация-разработчик:
ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов
Национальная фармацевтическая палата

15.2 Авторы-составители:

Косова И.В. – д.фарм.н., профессор кафедры управления и экономики фармации
медицинского института ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов
Лоскутова Е.Е. – д.фарм.н., зав. кафедрой управления и экономики фармации
медицинского института ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов
Неволина Е.В. – к.фарм.н., исполнительный директор Национальной фармацевтической
палаты

Приложение 1

Приложение 2
к Правилам регистрации операций,
связанных с обращением лекарственных средств
для медицинского применения, включенных
в перечень лекарственных средств для медицинского
применения, подлежащих предметно-количественному учету,
в специальных журналах учета операций, связанных
с обращением лекарственных средств
для медицинского применения.
Приказ № 378н от 17 июня 2013 г.

(Наименование организации)

(Структурное подразделение)

ЖУРНАЛ
учета операций, связанных с
обращением лекарственных
средств для медицинского
применения
№ _____

Начат « _____ » _____ 20 __ г.

Окончен « _____ » _____ 20 __ г.

(наименование лекарственного средства для медицинского применения)																	
Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход		Всего за месяц по приходу с остатком	Виды расхода	Расход											
		Поставщик № и дата документа	Количество			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												

(наименование лекарственного средства для медицинского применения)																	
Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход		Всего за месяц по приходу с остатком	Виды расхода	Расход											
		Поставщик № и дата документа	Количество			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												
					по рецептам												
					по требованиям												

В настоящем журнале прошнуровано, пронумеровано
и опечатано 64 (шестьдесят четыре) страницы.

Руководитель (должность)

Ф.И.О.: _____

Подпись _____

«__» _____ 20__ г.

М.П.

(Наименование учреждения (организации))

(Структурное подразделение)

ЖУРНАЛ

регистрации неправильно выписанных
рецептов
№ _____

Начат « ____ » _____ 20 __ г.

Окончен « ____ » _____ 20 __ г.

В настоящем журнале прошнуровано, пронумеровано
и опечатано 64 (шестьдесят четыре) страницы.

Руководитель (должность)

Ф.И.О.: _____

Подпись _____

«__» _____ 20__ г.

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ N 1
к Правилам ведения и хранения специальных журналов регистрации
операций, связанных с оборотом наркотических средств
и психотропных веществ (в редакции постановления
Правительства Российской Федерации
от 10 ноября 2017 г. N 1353)

(Наименование юридического лица)

(Структурное подразделение)

ЖУРНАЛ

регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ

Том _____
Начат « ____ » _____ 20 __ г.
Окончен « ____ » _____ 20 __ г.
Начат « ____ » _____ 20 __ г.
Итого внесено _____ записей.
Срок хранения _____
Хранить до « ____ » _____ 20 __ г.

В настоящем журнале прошнуровано, пронумеровано
и опечатано 64 (шестьдесят четыре) страницы.

Руководитель (должность)

Ф.И.О.: _____

Подпись _____

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоныча, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКДЗ 3108805
форма N 148-1/у-04 (п)

Код категории граждан	Код новологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Фр. Табл. Clonidini 0,15 мг
D. t. d. N 20
Signa: по 1 табл. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



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

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения: 02.11.1946

Адрес места жительства или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonidini 0,15 mg

D. t. d N 20

Signa: 1 таб. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108305
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Табл. Clozapеramи 0,5 mg
D. t. d № 30
Signa. по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)





Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
Код 013003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 1
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: STT Phentanyl 75 мкг/час
D.t.d.№ 5 (пять) in plast
Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



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

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____
Дата отпуска: « _____ » _____ 20 г. Количество: _____
Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108305
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: STT Phentanyli 75 мкг/час
D.t.d. № 5 (пкга) in plast
Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
Код 013003 Городской ул. Гавриила Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (п)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50%
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Pregabalini 75 mg
D.t.d.№ 30 in caps.
Signa: по 1 капс. 2 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



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

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Pregabalini 75 mg
D.t.d. № 30 in caps.
Signa. по 1 капс. 2 раза в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
Код 013003 Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	* оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 2 0	F 3 3		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 mg
D.t.d.№ 50 in tabl.

Signa: по 1 табл. 3 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



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

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____

Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата _____	Количество приемов _____ раз
Дозировка _____	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/γ-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Bromdihydrochlorphenylbensodiazepini 1 mg

D.t.d № 50 in tabl.

Signa. по 1 табл. 3 раза в сутки

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)

 

Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.В.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Trimeperidini 25mg
D.t.d. № 20 (двадцать)
Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача,
подпись фельдшера, акушерки



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

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____

Дата отпуска: « _____ » _____ 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 1 августа 2012 г. N 54н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Табл Trimeperidini 25 mg

D.t.d. N 20 (двадцать)

Signa: По 1 табл. 3 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации
ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации _____

М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
 Российской Федерации
 Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
 003003 Городской
 Куп. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
 приказом Министерства здравоохранения
 Российской Федерации
 от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805
 форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	* оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 88/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Tabl. Benzobarbitali 100 mg
 D. t. d. N 20
 Signa: по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 16 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108305
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Benzobarbitali 100 mg

D. t. d № 20

Signa. по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
Бульв. Генерала Слимониюк, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805
форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 4	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 2005 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Phenobarbitali 50 mg
D.t.d. N 20 in tabl.
Signa: по 1 табл. на ночь

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



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

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

(линия отрыва)

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность <u> </u> дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов <u> </u> раз
Дозировка	На <u>1</u> прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108305
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.2005

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Phenobarbitali 50 mg
D.t.d № 20 in tabl.
Signa. по 1 табл. на ночь

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
г. Иваново, ул. Гайдара Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

Код
1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код форм по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2021
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Morphini 30 mg
D. t. d. № 30 (тридцать) in tabl.
Signa: по 1 табл. 2 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



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

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____

Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 1 августа 2012 г. N 54н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Morphini 30 mg

D.t.d. N 30 (тридцать) in tabl.

Signa: По 1 табл. 2 раза в сутки

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

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

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Смирняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 1

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Sol. Vixrenorphini 0,3 mg/ml-1 ml
D.t.d. № 30 (тридцать) in amp.
Signa: по 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



Рецепт действителен в течение 15 ~~30~~ ~~90~~ дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____

Дата отпуска: « _____ » _____ 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 1 августа 2012 г. N 54н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2021 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Sol. Вирепорфини 0,3 mg/ml -1 ml

D.t.d. N 30 (тридцать) in amp.

Signa: По 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



МП.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации
ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



МП.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации _____

МП.

Срок действия 15 дней

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Фармация
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 1, 4, 5, 7

№	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Ознакомился с ЛП в рецептах и определил принадлежность ЛП к спискам сильнодействующих и ядовитых веществ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обосновал выбор форм рецептурных бланков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Определил правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проверил наличие препарата в списке ЖНВЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:		
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Дата рождения пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Подпись и личная печать медицинского работника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:		
15.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):		
18.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Код категории граждан	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Код нозологической формы (по МКБ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Источник финансирования и % оплаты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

22.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Фамилия и инициалы ИО пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Дата рождения пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Номер СНИЛС пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Номер полиса ОМС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Подпись и личная печать врача	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Контроль отпуска		
36.	Определил срок действия рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт»	
Предметно-количественный учет (ПКУ)		
38.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Фармация
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 2, 3, 8

№	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Ознакомился с ЛП в рецептах и определил принадлежность ЛП к спискам наркотических и психотропных ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обосновал выбор форм рецептурных бланков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Определил правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проверил наличие препарата в списке ЖНВЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:		
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Дата рождения пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Подпись и личная печать медицинского работника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:		
15.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):		
18.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Код категории граждан	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Код нозологической формы (по МКБ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Источник финансирования и % оплаты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Фамилия и инициалы ИО пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Дата рождения пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Номер СНИЛС пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

27.	Номер полиса ОМС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Подпись и личная печать врача	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Контроль отпуска		
36.	Проверил количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. В случае превышения их количества удостоверился в наличии надписи "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Определил срок действия рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Предметно-количественный учет (ПКУ)		
40.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Фармация
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 6, 9, 10

№	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Ознакомился с ЛП в рецептах и определил принадлежность ЛП к спискам наркотических и психотропных ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обосновал выбор форм рецептурных бланков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Определил правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проверил наличие препарата в списке ЖНВЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:		
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	ФИО полностью пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Возраст – количество полных лет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	ФИО полностью медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Подпись и личная печать медицинского работника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:		
15.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Номер полиса ОМС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Количество ЛП прописью	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проконтролировал наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):		
21.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Код категории граждан	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Код нозологической формы (по МКБ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Источник финансирования и % оплаты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Серия и номер бланка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Дата оформления рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

27.	Фамилия и инициалы ИО пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Дата рождения пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Номер СНИЛС пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Номер полиса ОМС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	МНН ЛП на латинском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Подпись и личная печать врача	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Контроль отпуска		
39.	Проверил количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. В случае превышения их количества удостоверился в наличии надписи "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Определил срок действия рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Предметно-количественный учет (ПКУ)		
43.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)