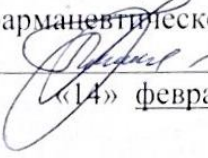


ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Утверждаю
Декан фармацевтического факультета
д.м.н.  Т.А. Бережнова
«14» февраля 2024г.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 33.05.01 Фармация
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Зав. аптекой Поликлиника №1 ФГКУ «416 ВГ»
Минобороны России, к.фарм.н. Н.И. Акиншина

Зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ВГУ,
д.м.н., доцент А.В. Бузлама

Одобрено на заседании цикловой методической комиссии по координации преподавания по специальности 33.05.01 Фармация «14» февраля 2024 г., протокол № 4.

Станция «Приемочный контроль, хранение ЛС и первичный учет»

Информация (брифинг) для обучающегося

Вы сотрудник аптечной организации, сейчас Ваша зона ответственности «Приемочный контроль, хранение и первичный учет ЛП и других товаров аптечного ассортимента». В зоне приемки находится партия товара, которая принята по количеству мест:

Вам необходимо провести приемочный контроль полученного товара, документально оформить факт приемки и разместить товары на хранение. Порядок Ваших действий необходимо озвучить.

Задание 1.

Принять в аптеке партию товара:

Вакцина гепатита В рекомбинантная (рДНК) 20 мкг/мл ампулы 10 мл №10 30 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая жидкая Регевак^Т В

Номер серии: 35455657

Дата изготовления: 15 09 2020

Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: 1 доза 20мкг-1мл для взрослых

Встряхнуть.

Производитель: ЗАО «Биннофарм»

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая жидкая Регевак^Т В

Доза и форма выпуска: 1 доза 20мкг-1мл для взрослых.

Суспензия для внутримышечного введения (для взрослых от 19 лет)

Номер серии: 35455657

Дата изготовления: 15 09 2020

Срок годности: 3 года

Способ применения: Взрослым, детям старшего возраста и подросткам внутримышечно в дельтовидную мышцу.

Производитель: ЗАО «Биннофарм»

Адрес производителя: 124460, г. Москва, г. Зеленоград, ул. Конструктора Гуськова, д. 3, стр. 1

Условия отпуска: Для лечебно-профилактических учреждений

Условия хранения: Хранить при температуре от 2°C до 8°C

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте. Не замораживать. Перед применением встряхивать.

Номер регистрационного удостоверения: Р №003741/0-040310

Штрих-код

Условия транспортировки: В защищенном от света контейнере при температуре от 2°C до 8°C.

Форма по ОКУД		Код
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007		0330212
организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты		по ОКПО
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Поставщик	ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Плательщик	ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Основание	Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)	номер дата номер дата
Транспортная накладная		Вид операции

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
		код	наименование		Код по ОКЕИ	в одном месте					штук, уп.	ставка, %		сумма, руб. коп
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Вакцина гепатита В рекомбинантная (рДНК) 20 мкг/мл ампулы 10 мл №10	15795	упак.	778			30			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:						30				x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на _____ **на одном** _____ листах и содержит _____ **один** _____ порядковых номеров записей

Всего мест _____
 Масса груза (нетто) _____
 Масса груза (брутто) _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листов
 По доверенности № _____ от _____
 выданной _____ кем, кому (организация, должность, фамилия, и. о.) _____

Всего отпущено на сумму **XXX рубль XX копейки**
 Отпуск разрешил **Дир. ОСП "Поставщик 1"**
 Главный (старший) бухгалтер _____
 Отпуск груза произвел **Зав. складом**
 М.П. _____ дата _____



_____ прописью _____
 _____ прописью _____
 _____ прописью _____
Петров А.Ю.
 расшифровка подписи
Иванова В.В.
 расшифровка подписи
Завьялов А.И.
 расшифровка подписи

Груз принял _____
 Груз получил грузополучатель _____
 М.П. _____

Задание 2.

Принять в аптеке партию товара:

Нарзан вода минеральная лечебно-столовая 0,5л 100 бутылок



Информация на первичной упаковке

наименование минеральной воды:

Нарзан

степень насыщения CO₂: газированная

наименования группы минеральной

воды и типа: вода минеральная природная питьевая лечебно-столовая
номер скважины (наименование месторождения): Кисловодское месторождение, скважина 5/0
наименование и местонахождение (адреса) изготовителя, телефон, факс, адрес электронной почты: ООО Тести, Россия, 357433, Ставропольский край, Г. Железноводск, пос. Иноземцево, 8-800-550-74-52, e-mail Quality@holdingAqua.ru
объем, дм (л): 0,5 л

товарный знак изготовителя: имеется
назначение минеральной воды: лечебно-столовая

общая минерализация, г/дм (г/л): 2-3,5

дата розлива: 10 12 20

срок годности: 24 месяца с даты розлива

условия хранения: хранить при температуре +5 - +25°C

основной состав, мг/дм (мг/л):

гидрокарбонаты HCO₃ 1000-1700, сульфаты SO₄ 250-500, хлориды Cl 50-200

медицинские показания по применению минеральной воды: болезни пищевода; хронический гастрит с повышенной и

нормальной секреторной функцией желудка; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки; болезни кишечника (синдром раздраженного кишечника, дискинезия кишечника); болезни печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей; болезни поджелудочной железы (хронический панкреатит). Вода применяется при вышеуказанных заболеваниях только вне фазы обострения

обозначение документа, в соответствии с которым изготовлена и может быть идентифицирована минеральная вода:

ГОСТ Р 54316-2011

Задание 3.

Принять в аптеке партию товара:

Морфин р-р д/и 1% ампулы 1мл №5 100 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Морфина гидрохлорид

Номер серии: 04711020

Дата выпуска: 15 11 20

Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: 10мг/мл раствор для инъекций

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Морфина гидрохлорид

Доза и форма выпуска: 10мг/мл раствор для инъекций

Номер серии: 04711020

Годен до: 11 23

Способ применения: подкожно, внутривенно

Производитель: РУП Белмедпрепараты

Адрес производителя: 220007, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Фабрициуса, 30

Условия отпуска: по рецепту, с ограничениями, предусмотренными для наркотических препаратов

Условия хранения: Хранить защищенном от света месте при температуре не выше 20°C

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте. Стерильно.

Номер регистрационного удостоверения: П №001645/01

Штрих-код

КЗИ (ДатаМатрикс)

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты		Форма по ОКУД Код 0330212
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО	
Поставщик ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО	
Плательщик ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО	
Основание Договор № 6743210987 от ХХ.ХХ.ХХХХ наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)		номер дата номер дата Вид операции

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	ХХ.ХХ.ХХХХ

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
		код	наименование		Код по ОКЕИ	в одном месте					штук, уп.	ставка, %		сумма, руб. коп
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Морфин р-р д/и 1% ампулы 1мл №5	15795	упак.	778			100			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							100			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на _____ и содержит _____

на одном

листах

порядковых номеров записей

один

прописью

Масса груза (нетто) _____

прописью

Масса груза (брутто) _____

прописью

Всего мест _____

прописью

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) на _____

листах

прописью

Всего отпущено на сумму _____

XXX рубль XX копеек

прописью

Отпуск разрешил _____

Дир. ОСП "Поставщик 1"

подпись

Петров А.Ю.

расшифровка подписи

Главный (старший) бухгалтер _____

подпись

Иванова В.В.

расшифровка подписи

Отпуск груза произвел _____

Зав. складом

подпись

Завьялов А.И.

расшифровка подписи

По доверенности № _____
выданной _____

от _____

кем, кому (организация, должность, фамилия, и. о.)

Груз принял _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

Груз получил _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

грузополучатель _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

М.П.

М.П.

Задание 4.

Принять в аптеке партию товара:

Диклофенак мазь 1% 30г 50 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Диклофенак

Номер серии: 010120

Годен до: 01 22

Доза и форма выпуска: 1% мазь для наружного применения

Состав на 100 г мази:

Действующее вещество – диклофенак натрия 1,0 г;
вспомогательные вещества – диметилсульфоксид, макрогол – 1500, макрогол – 400, трипипиленгликоль.

Условия хранения: хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 25°C.

Условия отпуска: отпускают без рецепта врача.

Производитель: ООО «Озон»

Регистрационный номер: ЛП-001330

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Диклофенак

Номер серии: 010120

Годен до: 01 22

Доза и форма выпуска: 1% мазь для наружного применения

Состав на 100 г мази:

Действующее вещество – диклофенак натрия 1,0 г;
вспомогательные вещества – диметилсульфоксид, макрогол – 1500, макрогол – 400, трипипиленгликоль.

Условия хранения: хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 25°C.

Условия отпуска: отпускают без рецепта врача.

Предупредительные надписи: Не применять по истечению срока годности.

Смотри инструкцию по применению (листок – вкладыш).

Производитель: ООО «Озон», Россия, Самарская обл., г.

Жигулевск, e-mail: ozon@ozon-pharm.ru www.ozonpharm.ru

Регистрационный номер: ЛП-001330

Условия отпуска: Отпускают без рецепта врача.

КЗИ (ДатаМатрикс)

Штрих-код

Задание 5.

Принять в аптеке партию товара:

Папаверин суппозитории ректальные 20мг №10 20 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Папаверина гидрохлорид

Номер серии: 110720

Годен до: 08 22

Доза и форма выпуска: 20 мг суппозитории ректальные

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Папаверин

МНН: Папаверина гидрохлорид

Номер серии: 110720

Годен до: 08 22

Доза и форма выпуска: 20мг суппозитории ректальные

Произведено ПАО «Бiosинтез»

Адрес производителя: Россия, 440033, г. Пенза, ул Дружбы, 4,
тел./факс: (8412)57-72-49, www.biosintez.com

Состав:

один суппозиторий содержит:

действующее вещество: папаверина гидрохлорид - 20,0 мг.

вспомогательные вещества: эмульгатор №1 – 37,5 мг,

стеарин (стеариновая кислота) – 25,0 мг,

жир твердый – 1167,5мг.

Условия хранения: хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 15° С.

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте.

Соблюдать инструкцию по применению.

Условия отпуска: Отпускают без рецепта врача.

Номер регистрационного удостоверения: №001069/03

Штрих-код

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты		Форма по ОКУД Код 0330212
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Поставщик	ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Плательщик	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Основание	Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)	номер дата номер дата Вид операции

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	наименование		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп
			Код по ОКЕИ	наименование		штук, уп.	в одном месте					ставка, %	сумма, руб. коп	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Папаверин суппозитории ректальные 20 мг №10	15795	упак.	778			20			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							20			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на и содержит

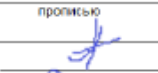

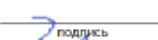
на одном листах
 прописью один порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____
 прописью _____
 Масса груза (брутто) _____
 прописью _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) на _____ листах
 прописью _____

Всего отпущено на сумму XXX рубля XX копеек

Отпуск разрешил Дир. ООО "Поставщик 1"
 должность _____
 Главный (старший) бухгалтер _____
 Отпуск груза произвел Зав. складом
 должность _____


 Подпись **Петров А.Ю.**
 расшифровка подписи

 Подпись **Иванова В.В.**
 расшифровка подписи

 Подпись **Завьялов А.И.**
 расшифровка подписи

По доверенности № _____ от _____
 выданной _____
 кем, кому (организация, должность, фамилия, и. о.) _____

Груз принял _____
 должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
 Груз получил _____
 грузополучатель _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Задание 6.

Принять в аптеке партию товара:

Анатоксин стафилококковый очищенный жидкий ампулы 1мл №10 30 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Анатоксин стафилококковый очищенный

Номер серии: 1630221

Дата изготовления: 02 2021

Срок годности: 2 года

Доза и форма выпуска: 1 доза 20мкг-1мл для взрослых
Раствор для подкожного введения. Встряхнуть.

Производитель: Медгамал

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарат: Анатоксин стафилококковый очищенный

Доза и форма выпуска: 1 доза 20мкг-1мл для взрослых. Раствор для подкожного введения.

Полный курс лечения включает 7 инъекций препарата, осуществляемых с интервалом 2 дня.

Номер серии: 1630221

Дата изготовления: 02 2021

Срок годности: 2 года

Способ применения: Анатоксин стафилококковый очищенный вводят подкожно поднижний угол лопатки, чередуя правую и левую стороны при каждой последующей инъекции.

Внутримышечное введение не допускается.

Производитель: ФГБУ НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России (филиал Медгамал)

Адрес производителя: 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д.18

Условия отпуска: Для лечебно-профилактических учреждений

Условия хранения: Хранить при температуре от 2°C до 8°C в сухом защищенном от света месте.

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте. Замораживание не допускается. Перед применением встряхивать. Стерильно.

Номер регистрационного удостоверения: Р №000648/01

Штрих-код

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты		Форма по ОКУД Код 0330212
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Поставщик	ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Плательщик	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	по ОКПО
Основание	Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)	номер дата номер дата Вид операции

Транспортная накладная

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп
			наименование	Код по ОКЕИ		в одном месте	штуки, уп.					ставка, %	сумма, руб. коп	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Анатоксин стафилококковый очищенный жидкий ампулы 1мл №10	15795	упак.	778			30			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							30			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на и содержит

на одном листе порядковых номеров записей

один
прописью

Масса груза (нетто)

прописью

Всего мест

прописью

Масса груза (брутто)

прописью

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) на

листах

прописью

Всего отпущено на сумму

XX, рубля XX копеек

прописью

Отпуск разрешил

Дир. ОСП "Поставщик 1"

подпись

Петров А.Ю.

расшифровка подписи

Главный (старший) бухгалтер

подпись

Иванова В.В.

расшифровка подписи

Отпуск груза произвел

Зав. складом

подпись

Завьялов А.И.

расшифровка подписи

М.П.

а117

Задание 7.

Принять в аптеке партию товара:
Феназепам тб. 1 мг №50 100 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Феназепам

Номер серии: 14000320

Годен до: 04 23

Доза и форма выпуска: 10 мг таблетки диспергируемые в полости рта

Производитель: ОА Валента Фарм

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарат: Феназепам

МНН: Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин

Номер серии: 14000320

Годен до: 04 23

Доза и форма выпуска: 10 мг таблетки диспергируемые в полости рта

Производитель: АО Валента Фарм

Адрес производителя: Россия, Московская обл., г.Щелково, ул. Фабричная, д.2, факс +7(495)9334863

Условия отпуска: Отпускают по рецепту

Способ применения: Одну таблетку следует держать на языке до ее полного растворения и затем проглотить, не запивая жидкостью

Состав: Одна таблетка содержит бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1 мг

Условия хранения: хранить в оригинальной упаковке при температуре не выше 30°C

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте

Номер регистрационного удостоверения: РУ ЛП-005121

Штрих-код

КЗИ (ДатаМатрикс)

		Форма по ОКУД	Код 0330212
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007		по ОКПО	
организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты			
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП	
Грузополучатель	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Поставщик	ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Плательщик	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Основание	Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	номер	
наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)		дата	
		номер	
		дата	
		Вид операции	

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	Вид упаковки	Количество (масса) в одном месте	Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп			
									ставка, %	сумма, руб. коп				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Феназепам тб. 1мг №50	15795	уп.	778	пачка		100			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							100			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на одном листах и содержит один порядковых номеров записей

Всего мест _____ прописью
 Масса груза (нетто) _____ прописью
 Масса груза (брутто) _____ прописью

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) на _____ листах

Всего отпущено на сумму **XXX рубль XX копеек**

Отпуск разрешил **Дир. ОСП "Поставщик 1"** _____ прописью
 Главный (старший) бухгалтер _____ прописью
 Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____ прописью

По доверенности № _____ от _____ кем, кому (организация, должность, фамилия, и. о.) _____

Груз принял _____ должность _____ прописью
 Груз получил грузополучатель _____ должность _____ прописью

Петров А.Ю. _____ расшифровка подписи
Иванова В.В. _____ расшифровка подписи
Завьялов А.И. _____ расшифровка подписи



Задание 8.

Принять в аптеке партию товара:

Брусники листья пачка 50г 100 упаковок



Информация на упаковке

Наименование лекарственного препарата: Брусники листья Vitis
idea folia

Лекарственная форма: листья измельченные

Номер серии: 121120

Срок годности: 4 года. Не использовать по истечении срока
годности, указанного на упаковке.

Форма выпуска: По 50 г измельченных листьев в пачках
картонных с внутренним пакетом.

Способ применения дозы: Около 6г (1 столовая ложка)
измельченных листьев брусники помещают в эмалированную

посуду, заливают 200мл (1 стакан) горячей кипяченой воды,
закрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане в
течение 30 минут, затем процеживают не охлаждая, оставшееся
сырье отжимают. Объем полученного отвара доводят кипяченой
водой до 200 мл.

Принимать внутрь по 1-2 столовые ложки 3-4 раза в день через
40 минут после еды. Курс лечения 20-25 дней. Возможно
повторение курса после 10-12-дневного перерыва, но не более 4-х
курсов в год.

Перед употреблением отвар необходимо взбалтывать.

Производитель: АО «Красногорсклексредства»

Адрес производителя: Московская обл., г.о. Красногорск, мкр.

Опалиха, ул. Мира, д.25

Условия отпуска: Без рецепта

Условия хранения: В сухом, защищенном от света месте;
приготовленный отвар-в прохладном месте не более 2-х суток.

Хранить в недоступном для детей месте.

Предупредительные надписи: Продукция прошла радиационный
контроль.

Номер регистрационного удостоверения: Р №001008/01 -
бессрочно

Штрих-код

Состав: Брусники листья

Характеристика: Листья брусники содержат фенолгликозиды,
дубильные вещества, флавоноиды и другие биологически
активные вещества.

Задание 9.

Принять в аптеке партию товара:
Элениум тб. 10 мг №50 20 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Элениум

Номер серии: 14042020

Годен до: 04 24

Доза и форма выпуска: 10 мг таблетки покрытые оболочкой

Производитель: Тархоминский фармацевтический завод
«Польфа» АО

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарат: Элениум

МНН: Хлордиазепоксид

Доза и форма выпуска: 10 мг таблетки покрытые оболочкой

Состав: Одна таблетка содержит хлордиазепоксид 10 мг

Номер серии: 14042020

Годен до: 04 24

Способ применения: Таблетку следует принимать внутрь, перед едой или во время приема пищи, запивая небольшим количеством воды

Производитель: Тархоминский фармацевтический завод
«Польфа» АО

Адрес производителя: Польша, Варшава, ул.А. Флеминга, 2, 03-176

Условия отпуска: Отпускается по рецепту

Условия хранения: Хранить в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°C

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте

Номер регистрационного удостоверения: П №150067/01

Штрих-код

Задание 10.

Принять в аптеке партию товара:

Энтеросгель паста для приема внутрь 225 г 430 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Энтеросгель

МНН: Полиметилсилоксана полигидрат

Номер серии: 4567921

Годен до: 05 05 2024

Доза и форма выпуска: паста для приема внутрь 225г

Производитель: ООО ТНК Силма

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарат: Энтеросгель

МНН: Полиметилсилоксана полигидрат

Доза и форма выпуска: паста для приема внутрь 225г

Номер серии: 4567921

Годен до: 05 05 2024

Способ применения: Внутрь, за 1-2 часа до или после еды или приема других лекарств, запивая водой.

Производитель: ООО ТНК Силма

Адрес производителя: 399851, Липецкая обл., г. Данков, ул. Зайцева, д. 8

Условия отпуска: Без рецепта

Условия хранения: Хранить при температуре не ниже 4°C и не выше 30°C.

Предупредительные надписи: Хранить в недоступном для детей месте. Беречь от замораживания. Предохранять от высыхания после вскрытия упаковки.

Номер регистрационного удостоверения: П №0037197/02-19.07.2016

Штрих-код

Форма по ОКУД		Код
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007		0330212
организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты		по ОКПО
структурное подразделение		Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО
Поставщик	ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007 <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО
Плательщик	ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО
Основание	Договор № 6743210987 от ХХ.ХХ.ХХХХ <small>наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)</small>	номер дата номер дата
Транспортная накладная		Вид операции

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	ХХ.ХХ.ХХХХ

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	Вид упаковки	Количество (масса)		Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп				
				в одном месте	штук. уп.			ставка, %	сумма, руб. коп					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Энтеросгель паста для приема внутрь 225г	15795	упак.	778			430			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							430			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на **один** листе и содержит **один** порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____
 _____ Масса груза (брутто) _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листях

Всего отпущено на сумму **XXX рубль ХХ копейк**

Отпуск разрешил **Дир. ОСП "Поставщик 1"** _____

Главный (старший) бухгалтер _____

Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____

М.П. _____ дата _____



Петров А.Ю.

Иванова В.В.

Завьялов А.И.

По доверенности № _____ от _____

_____ кем, кому (организация, должность, фамилия, и.о.)

Груз принял _____

Груз получил грузополучатель _____

М.П. _____

Задание 11.

Принять в аптеке партию товара:

Промедол р-р д/и 2% ампулы 1мл №5 30 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Промедол

Номер серии: 03912030

Дата изготовления: 30.10.21

Срок годности: 5 лет

Доза и форма выпуска: 20 мг/мл раствор для инъекций

Информация на вторичной упаковке:

Наименование лекарственного препарата: Промедол

Доза и форма выпуска: 20 мг/мл раствор для инъекций

Номер серии: 03912030

Годен до: 1.11.26

Способ применения: внутривенно

Производитель: РУП «Белмедпрепараты»

Адрес производителя: 220007, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Фабрициуса, 30

Условия отпуска: препарат отпускается по рецепту. Предельно допустимое количество препарата, выписываемое на один рецепт 0.25 г.

Условия хранения: препарат хранить в защищенном от света недоступном для детей месте при температуре не выше 15°C.

Предупредительная надпись: хранить в недоступном для детей месте. Стерильно.

Номер регистрационного удостоверения: №: Р N001833/01

Штрих-код

КЗИ (ДатаМатрикс)

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Маршальной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-66, р/с 507420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	Форма по ОКУД	Код 0330212
организация — грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты	по ОКПО	
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП	
Грузополучатель ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты		
Поставщик ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Маршальной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-66, р/с 507420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты		
Плательщик ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты		
Основание Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	номер	
наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)	дата	
	номер	
	дата	
	Вид операции	

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

№ по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
		код	наименование		код по ОКЕИ	в одном месте					штук, уп.	ставка, %		сумма, руб. коп
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Промедол раствор для инъекций 2% ампулы 1 мл № 5	15795	упак.	778			30			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							30			X	XXX	X	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на _____ **на одном** _____ листах и содержит _____ **один** _____ порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____ пропись _____

Всего отпущено на сумму **XXX рублей XX копеек** _____ пропись _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листях _____

Отпуск разрешал **Дир. ОСП "Поставщик 1"** _____ пропись _____

Главный (старший) бухгалтер _____ пропись _____

Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____ пропись _____

М.П. _____ дата _____

По доверенности № _____ от _____

выданной _____ (имя, кому (организации, должности, фамилия, и.о.) _____

Груз принял _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Груз получил грузополучатель _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

М.П. _____



Петров А.Ю.
расшифровка подписи

Иванова В.В.
расшифровка подписи

Завылов А.И.
расшифровка подписи

Задание 12.

Принять в аптеке партию товара:

Троксевазин 2% гель 40г 50 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Троксевазин

Номер серии: 032215

Годен до: 10.25

Доза и форма выпуска: 2% гель для наружного применения

Состав на 100 г мази:

Действующее вещество – троксерутин 20 мг

Вспомогательные вещества: карбомер - 6 мг, троламин (триэтаноламин) - 7 мг, динатрия эдетата дигидрат - 0.5 мг, бензалкония хлорид - 1 мг, вода очищенная - 965.5 мг.

Условия хранения: хранить в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°C.

Условия отпуска: отпускать без рецепта врача

Производитель: Балканфарма-Троян АД

Регистрационный номер: ЛП-010331

Информация на вторичной упаковке:

Наименование лекарственного препарата: Троксевазин

Номер серии: 032215

Годен до: 10.25

Доза и форма выпуска: 2% гель для наружного применения

Состав на 100 г мази:

Действующее вещество – троксерутин 20 мг

Вспомогательные вещества: карбомер - 6 мг, троламин (триэтаноламин) - 7 мг, динатрия эдетата дигидрат - 0.5 мг, бензалкония хлорид - 1 мг, вода очищенная - 965.5 мг.

Условия хранения: хранить в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°C.

Условия отпуска: отпускать без рецепта врача

Предупредительны надписи: не использовать по истечению срока годности. Не замораживать

Производитель: Балканфарма-Троян АД, Болгария

Регистрационный номер: ЛП-010331

Штрих-код

КЗИ (ДатаМатрикс)

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007		Форма по ОКУД	Код 0330212
структурное подразделение		по ОКПО	
Грузополучатель: ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА		Вид деятельности по ОКДП	
Поставщик: ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007		по ОКПО	
Плательщик: ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА		по ОКПО	
Основание: Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX		номер	
		дата	
		номер	
		дата	
		Вид операции	

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	Вид упаковки		Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
			наименование	Код по ОКЕИ	в одном месте	штук, уп.					ставка, %	сумма, руб. коп		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Троксевазин 2% гель 40 г	15796	упак.	778			60		XXX	XXX	10	XXX	XXX	
Всего по накладной:							60		х	XXX	х	XXX	XXX	

Товарная накладная имеет приложение на один листе и содержит один порядковый номер записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____

Масса груза (брутто) _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листов

Всего отпущено на сумму XXX рубль XX копеек

Отпуск разрешил Дир. ОСП Поставщик 1

Главный (старший) бухгалтер _____

Отпуск груза произвел Зав. складом

М.П. _____

По доверенности № _____ от _____

выданной _____

Груз принял _____

Груз получил грузополучатель _____

М.П. _____

(Синие подписи и печать)

Задание 13.

Принять в аптеке партию товара:
Череды трава пачка 50 г 50 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Череды трава *Bidentis herba*

Лекарственная форма: трава измельчённая

Номер серии: 134418

Срок годности: 3 года

Форма выпуска: По 50 г измельчённой травы в пачках картонных с внутренним пакетом.

Способ применения: Около 6 г (1 столовая ложка) измельчённой травы череды помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 100 мл (1/2 стакана) кипятка, накрывают

крышкой и настаивают 30 минут, периодически надавливая на пакетики ложкой, затем их отжимают. Объем полученного водного извлечения доводят кипяченой водой до 100 мл. Курс лечения 20–25 дней.

Перед употреблением настой рекомендуется взбалтывать.

Производитель: АО «Красногорсклекарства»

Адрес производителя: Московская обл., г.о. Красногорск, мкр. Опалиха, ул. Мира, д. 25

Условия отпуска: без рецепта

Условия хранения: Хранить в сухом, защищенном от света месте. Хранить в недоступном для детей месте. Настой — в прохладном месте не более 2-х суток.

Предупредительная надпись: Продукция прошла радиационный контроль

Номер регистрационного удостоверения: № Р N003424/01

Штрих-код

Состав: Череды трава

Характеристика: Трава череды содержит эфирное масло, дубильные вещества, флавоноиды, микроэлементы. Обеспечивает противовоспалительное, бактерицидное и мочегонное действие.

Задание 14.

Принять в аптеке партию товара:

Фенибут таб. 250 мг № 10 100 упаковок



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Фенибут

Номер серии: 240721

Годен до: 06.25

Доза и форма выпуска: 250 мг таблетки

Производитель: ООО «Озон», Россия, Самарская обл., г. Жигулёвск

Информация на вторичной упаковке:

Наименование лекарственного препарата: Фенибут

МНН: фениламиномасляная кислота

Доза и форма выпуска: 250 мг таблетки

Состав: активное вещество: аминифенилмасляной кислоты гидрохлорид 250 мг

вспомогательные вещества: лактозы моногидрат (сахар молочный) — 180 мг; крахмал картофельный — 62 мг; желатин — 3 мг; кальция стеарат — 5 мг

Номер серии: 240721

Годен до: 06.25

Способ применения: Внутрь, после еды, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды.

Производитель: ООО «Озон», Россия, Самарская обл., г. Жигулёвск

Условия отпуска: отпускается по рецепту

Условия хранения: В защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С

Предупредительная надпись: хранить в недоступном для детей месте. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке.

Номер регистрационного удостоверения: №: ЛП-004478

Штрих-код

Форма по ОКУД	Код 0330212
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО
организация – грузоотправитель: адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты	
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	по ОКПО
ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	
Поставщик	по ОКПО
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	
Плательщик	по ОКПО
ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты	
Основание	номер
Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	
наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)	
дата	
номер	
дата	
Вид операции	
Транспортная накладная	

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

№ по порядку	Товар	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
		код	наименование		код по ОКЕИ	в одном месте					штук, уп.	ставка, %		сумма, руб. коп
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Таблетки таб. 250 мг № 10	16795	упак.	778			100		XXX	XXX	10	XXX	XXX	
Всего по накладной:						100			x	XXX	x	XXX	XXX	

Товарная накладная имеет приложение на _____ на одном _____ листах и содержит _____ один _____ порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____ Масса груза (брутто) _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листы

Всего отпущено на сумму **XXX рублей XX копеек**

Отпуск разрешил **Дир. ОСП Поставщик 1** _____

Главный (старший) бухгалтер _____

Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____

М.П. _____

По доверенности № _____ от _____

выданной _____

Груз принял _____

Груз получил грузополучатель _____

М.П. _____



Задание 15.

Принять в аптеке партию товара:

Нурофен для детей, сусп. д/приема внутрь 100 мг/5 мл 200 мл 60 упаковок.



Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Нурофен

Номер серии: 0172319

Годен до: 12.23

Доза и форма выпуска: Сусп. д/приема внутрь (клубничная) 100 мг/5 мл:

Состав:

Действующее вещество: ибупрофен 100 мг

Вспомогательные вещества: полисорбат 80 - 0.5 мг, глицерол - 0.5 мг, сироп мальтитола - 1.625 мг, натрия сахаринат - 10 мг, лимонная кислота - 20 мг, натрия цитрат - 25.45 мг, камедь ксантановая - 37.5 мг, натрия хлорид - 5.5 мг, домифена бромид - 0.5 мг, ароматизатор клубничный 500244E - 12.5 мг, вода очищенная - до 5 мл.

Производитель: Великобритания

Информация на вторичной упаковке:

Наименование лекарственного препарата: Нурофен

МНН: ибупрофен

Номер серии: 0172319

Годен до: 12.23

Доза и форма выпуска: Сусп. д/приема внутрь (клубничная) 100 мг/5 мл:

Производитель: Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд., Тейн Роуд, Ноттингем, NG90 2DB, Великобритания.

Способ применения: Дети в возрасте 6–12 мес, (вес ребенка 7,7–9 кг): по 2,5 мл (50 мг) до 3–4 раз в течение 24 ч, не более 10 мл (200 мг) в сутки. Дети в возрасте 1–3 года (вес ребенка 10–16 кг): по 5 мл (100 мг) до 3 раз в течение 24 ч, не более 15 мл (300 мг) в сутки. Дети в возрасте 4–6 лет (вес ребенка 17–20 кг): по 7,5 мл (150 мг) до 3 раз в течение 24 ч, не более 22,5 мл (450 мг) в сутки. Дети в возрасте 7–9 лет (вес ребенка 21–30 кг): по 10 мл (200 мг) до 3 раз в течение 24 ч, не более 30 мл (600 мг) в сутки. Дети в возрасте 10–12 лет, (вес ребенка 31–40 кг): по 15 мл (300 мг) до 3 раз в течение 24 ч, не более 45 мл (900 мг) в сутки.

Условия отпуска: без рецепта

Условия хранения: хранить в сухом месте, при температуре не выше 25 °С

Предупредительная надпись: Хранить в недоступном для детей месте

Номер регистрационного удостоверения: №: П N014745/01

Штрих-код

Форма по ОКУД	Код
000 "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007	0330212
по ОКПО	
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель	по ОКПО
Поставщик	по ОКПО
Исполнитель	по ОКПО
Основание	номер
	дата
	номер
	дата
	Вид операции

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения	Вид упаковки	Количество (масса)		Цена руб. коп	Сумма без учета НДС руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС руб. коп				
				в одном месте	штук, уп.			ставка, %	сумма, руб. коп					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Нурофен для детей, сусп. д/приема внутрь, 100 мг/5 мл 200 мл	уп.	пачка	778	60		XXX	10	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Всего по накладной:				60		x	XXX	x	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	

Товарная накладная имеет приложение на _____ **на одном** _____ листах
и содержит _____ **один** _____ порядковых номеров записей

Всего мест _____ **Масса груза (нетто)** _____ **Масса груза (брутто)** _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.п.) _____ **листaх** _____

Всего отпущено на сумму **XXX рубль XX копеек**

Отпуск разрешил **Дир. ООО "Название" 1** _____ **Петров А.Ю.** _____
 Главный (старший) бухгалтер _____ **Иванова В.В.** _____
 Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____ **Завьялов А.И.** _____

М.П. _____ М.П. _____

По доверенности № _____ от _____
 ИМ КМУ (организация, должность, фамилия, и.о.) _____

Груз принял _____ **Иванова В.В.** _____
 Груз получил грузополучатель _____ **Завьялов А.И.** _____

М.П. _____ М.П. _____

Задание 16.

Принять в аптеке партию товара:

Зверобоя трава пачка 50 г 100 упаковок

Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Зверобоя трава Hyperici herba

Лекарственная форма: трава измельченная

Номер серии: 211020

Срок годности: 4 года. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке.

Форма выпуска: по 50 г измельченной травы в пачках картонных с внутренним пакетом.

Способ применения и дозы: Около 10 г (2 пакетика) зверобоя травы помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл (1 стакан) горячей кипяченой воды, закрывают крышкой, нагревают на кипящей водяной бане при периодическом помешивании в течение 15 минут, охлаждают при комнатной температуре в течение 45 минут, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Принимают внутрь в теплом виде по 1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды. Курс лечения 2-3 недели. Для полосканий применяют по 1/2 стакана теплого настоя 3-4 раза в день. Курс лечения – 5-10 дней. Перед употреблением настой рекомендуется взбалтывать.

Производитель: ПКФ Фитофарм ООО.

Адрес производителя: Анапский район, город Анапа, Парковая ул., д. 57.

Условия отпуска: без рецепта.

Условия хранения: В защищенном от света месте, при температуре не выше 20°C.

Предупредительные надписи: продукция прошла радиационный контроль.

Номер регистрационного удостоверения: Р №001008/01 – бессрочно.

Штрих-код.

Состав: зверобоя трава

Характеристика: Содержит производные антрацена - главным образом гиперин, псевдогиперин; флавоноиды – гиперозид, кверцитин, рутин, изокверцитин, аментофлавон.



ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (800)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007	Форма по ОКУД	Код	0330212
организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты	по ОКПО		
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП		
Грузополучатель: ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО		
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Поставщик: ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (800)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО		
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Плательщик: ГБУЗ "ЦЛО ДЭМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО		
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты			
Основание: Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	номер		
наименование документа (договор, контракт, заказ, наклад)	дата		
	номер		
	дата		
	Вид операции		

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения	Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. кол	Сумма без учета НДС, руб. кол	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. кол		
				в одном месте	штук, уп.					ставка, %	сумма, руб. кол			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Зверобоя трава пачка 50г	15796	уп.	778	пачка		100		XXX	XXX	10	XXX	XXX	
Всего по накладной:						100		x	XXX	x	XXX	XXX		

Товарная накладная имеет приложение на _____ и содержит _____

на одном

листах

порядковых номеров записей

один

прописью

Масса груза (нетто) _____

прописью

Масса груза (брутто) _____

прописью

Всего мест _____

прописью

листах _____

прописью

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____

Всего отпущено на сумму _____

XXX рубля XX копеек

прописью

По доверенности № _____
выданной _____

от _____

или кому (организация, должность, фамилия, и.о.) _____

Отпуск разрешил _____

Дир. ОСП "Поставщик 1"

подпись

Петров А.Ю.

расшифровка подписи

Иванова В.В.

расшифровка подписи

Завьялов А.И.

расшифровка подписи

Груз принял _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

Груз получил _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

Груз получил _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

Груз получил _____

подпись

подпись

расшифровка подписи

Отпуск груза произвел _____

Зав. складом

подпись

М.П.

М.П.



подпись

подпись

подпись

Задание 17.

Принять в аптеке партию товара:
Бепантен мазь 30 г 50 упаковок

Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Бепантен

Номер серии: 040520

Годен до 01.2026

Доза и форма выпуска: мазь для наружного применения. Состав на 1 г мази: действующее вещество – декспантенол 50 мг, вспомогательные вещества - протегин Х, цетиловый спирт, стеариловый спирт, ланолин, воск пчелиный белый, парафин белый мягкий, масло миндальное, парафин жидкий, вода.

Условия хранения: хранить в недоступном для детей месте при температуре не выше 25°C. Условия отпуска: без рецепта врача.

Производитель: ГП Гренцах продукционс. Регистрационный номер. П №013984/01

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Бепантен

Номер серии: 040520

Годен до 01.2026

Доза и форма выпуска: мазь для наружного применения. Состав на 1 г мази: действующее вещество – декспантенол 50 мг, вспомогательные вещества - протегин Х, цетиловый спирт, стеариловый спирт, ланолин, воск пчелиный белый, парафин белый мягкий, масло миндальное, парафин жидкий, вода.

Условия хранения: хранить в недоступном для детей месте при температуре не выше 25°C.

Условия отпуска: без рецепта врача.

Предупредительные надписи: хранить в недоступном для детей месте.

Производитель: ГП Гренцах продукционс, ГмбХ, Эмиль-Барелл-Штрассе 7, 79639 Гренцах-Вилен, Германия.

Регистрационный номер. П №013984/01

КЗИ (ДатаМатрикс)

Штрих-код



Форма по ОКУД	Код 0330212
по ОКПО	
Вид деятельности по ОКДП	
по ОКПО	
по ОКПО	
по ОКПО	
номер	
дата	
номер	
дата	
Вид операции	

ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007
организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факс, банковские реквизиты

структурное подразделение

Грузополучатель: **ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА**
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты

Поставщик: **ООО "Название"**, 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 76539073100000000418, БИК 087539007
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты

Плательщик: **ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА**
наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты

Основание: **Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX**
наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар		Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
	наименование, характеристика, сорт, артикул товара	код	наименование	код по ОКЕИ		в одном месте	штуки, уп.					ставка, %	сумма, руб. коп		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Бесантен мазь зог губа	15795	упак.	778			50			XXX	XXX	10	XXX	XXX	
Всего по накладной:							50				x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на на одном листе и содержит один порядковых номеров записей

Масса груза (нетто) _____ пропись
 Масса груза (брутто) _____ пропись

Всего мест _____ пропись
 Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) _____ листов

По доверенности № _____ от _____
 выданной _____
имя, кому (организация), должность, ф.и.о.

Груз принял _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
 Груз получил грузополучатель _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Отпуск разрешил **Дир. ОСП "Поставщик 1"** _____ должность _____
 Главный (старший) бухгалтер _____ должность _____
 Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____ должность _____

Петров А.Ю. _____ должность _____
Иванова В.В. _____ должность _____
Завьялов А.И. _____ должность _____

М.П. _____

Задание 18.

Принять в аптеке партию товара:

Вольтарен ампулы 75мг/мл 3 мл №5 30 упаковок

Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Вольтарен

Номер серии: 0846200

Годен до: 03. 2025

Срок годности: 2 года

Доза и форма выпуска: раствор для внутримышечного введения в ампулах, 5 ампул по 3 мл 75мг/мл.

Условия хранения: хранить в недоступном для детей месте при температуре не выше 30°C. Условия отпуска: по рецепту. Производитель: Новартис Фарма АГ.

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Вольтарен

Номер серии: 0846200

Годен до: 03. 2025. Срок годности: 2 года

Доза и форма выпуска: раствор для внутримышечного введения в ампулах, 5 ампул по 3 мл 75мг/мл. Способ применения: вводить внутримышечно, подробные указания по применению приведены в приложенной инструкции.

Условия хранения: хранить в недоступном для детей месте при температуре не выше 30°C. Условия отпуска: по рецепту врача.

Предупредительные надписи: хранить в недоступном для детей месте.

Производитель: Новартис Фарма АГ, Швейцария, произведено Лек Фармасьютикалз д.д., Люблна, Словения.

Регистрационное удостоверение № П N011889/04

КЗИ (ДатаМатрикс). Штрих-код.



ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	Форма по ОКУД	Код 0330212
структурное подразделение	по ОКПО	
Грузополучатель ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	Вид деятельности по ОКДП	
Поставщик ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Рощи 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО	
Плательщик ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО	
Основание Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	номер	
	дата	
	номер	
	дата	
	Вид операции	

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп	
		код	наименование		Код по ОКЕИ	в одном месте					штук, уп.	ставка, %		сумма, руб. коп
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Вольгарен ампулы 75мг/мл 3 мл N10	16796	упак.	778		30				XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной							30			X	XXX	X	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на и содержит

на одном

листах

порядковых номеров записей

один

пропись

Масса груза (нетто)

пропись

Масса груза (брутто)

пропись

Всего мест

пропись

листах

пропись

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.)

Всего отпущено на сумму

XXX рубль XX копейк

Отпуск разрешил

Дир. ООО "Поставщик 1"

Главный (старший) бухгалтер

Отпуск груза провел

Зав. складом

М.П.

ИПЧ

подпись

Петров А.Ю.

расшифровка подписи

Иванова В.В.

расшифровка подписи

Завьялов А.И.

расшифровка подписи

подпись

По доверенности №

выданной

Груз принял

Груз получил

грузополучатель

М.П.

Задание 19.

Принять в аптеке партию товара:
Вакцина «Пентаксим» 30 упаковок

Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Пентаксим

Номер серии: 1631223

Годен до: 02.2025

Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения 1 доза. Производитель: СанофиАвентис Пастер

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: Вакцина для профилактики дифтерии и столбняка адсорбированная, коклюша ацеллюлярная, полиомиелита инактивированная, инфекции, вызываемой *Haemophilus influenzae* тип b конъюгированная.

Номер серии: 1631223

Годен до: 02.2025

Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: 1шприц, содержащий по 1 дозе вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции тип В. Способ применения: вакцину вводят внутримышечно в дозе 0,5 мл, рекомендуемое место введения — средняя треть передне-латеральной поверхности бедра. Не вводить внутривожно или внутривенно.

Условия хранения: хранить в холодильнике (при температуре от 2 до 8 °С). Не замораживать.

Хранить в недоступном для детей месте. Условия отпуска: по рецепту врача.

Предупредительные надписи: хранить в недоступном для детей месте.

Производитель: СанофиАвентис Пастер, Франция. Регистрационное удостоверение № ЛСР-005121/08-010708

Штрих-код.



Форма по ОКУД	Код 0330212
ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП
Грузополучатель ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО
Поставщик ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (000)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7853907310000000418, БИК 087539007	по ОКПО
Плательщик ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА	по ОКПО
Основание Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX	номер дата номер дата
	Вид операции
	Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар наименование, характеристика, сорт, артикул товара	Единица измерения код	наименование		Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп
			Код по ОКЕИ	наименование		штук, уп.	в одном месте					ставка, %	сумма, руб. коп	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Вакцина «Пентаксим»	15796	упак.	778			30			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной							30			X	XXX	X	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на _____ листках
и содержит _____ один _____ порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____
_____ Масса груза (брутто) _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.д.) на _____ листках

Всего отпущено на сумму **XXX рубль XX копейка**

Отпуск разрешил **Дир. ООО "Поставщик 1"** _____
_____ **Петров А.Ю.**

Главный (старший) бухгалтер _____
_____ **Иванова В.В.**

Отпуск груза произвел **Зав. складом** _____
_____ **Завьялов А.И.**

М.П.



_____ **Петров А.Ю.**
_____ **Иванова В.В.**
_____ **Завьялов А.И.**

По доверенности № _____ от _____

выданной _____

Груз принял _____

Груз получил грузополучатель _____

М.П.

Задание 20.

Принять в аптеке партию товара:

Свечи парацетамола 100 мг №10 для детей 20 упаковок

Информация на первичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: парацетамол

Номер серии: 0788920

Годен до 05.2026

Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: 100 мг суппозитории ректальные

Информация на вторичной упаковке

Наименование лекарственного препарата: парацетамол

МНН: парацетамол

Номер серия: 0788920

Годен до 05. 2026. Срок годности: 3 года

Доза и форма выпуска: 100 мг суппозитории ректальные

Производитель: ООО «альтфарм». Адрес производителя: 142073, Россия, Московская область, г.Домодедово, д.Судаково, территория вл.Лесное, стр.10б

Условия хранения: хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 25°C. Условия отпуска: без рецепта.

Предупредительные надписи: хранить в недоступном для детей месте.

Способ применения: ректально (см.инструкцию).

Регистрационное удостоверение № Р N003204/01.

КЗИ (ДатаМатрикс). Штрих-код.



ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (900)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007 <small>организация – грузоотправитель, адрес, номер телефона, факса, банковские реквизиты</small>	Форма по ОКУД по ОКПО	Код 0330212
структурное подразделение	Вид деятельности по ОКДП	
Грузополучатель ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО	
Поставщик ООО "Название", 127521, г. Нижний Новгород пр. Марьиной Роши 17-й, д. 13, стр. 5, тел. (900)640-10-60, р/с 587420000985429 в ПАО Банк ЗЕНИТ г. Нижний Новгород К/с № 7653907310000000418, БИК 087539007 <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО	
Плательщик ГБУЗ "ЦЛО ДЗМ", ИНН/КПП 9531907643/895094189, ВИРТУАЛЬНАЯ АПТЕКА <small>наименование организации, адрес, номер телефона, банковские реквизиты</small>	по ОКПО	
Основание Договор № 6743210987 от XX.XX.XXXX <small>наименование документа (договор, контракт, заказ-наряд)</small>	номер дата номер дата	Вид операции

Транспортная накладная

Номер документа	Дата составления
25050/612-11	XX.XX.XXXX

ТОВАРНАЯ НАКЛАДНАЯ

Номер по порядку	Товар <small>наименование, характеристика, сорт, артикул товара</small>	Единица измерения			Вид упаковки	Количество (масса)		Масса брутто	Количество (масса нетто)	Цена руб. коп	Сумма без учета НДС, руб. коп	НДС		Сумма с учетом НДС, руб. коп
		код	наименование	Код по ОКЕИ		в одном месте	штук, уп.					ставка, %	сумма, руб. коп	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Парадегамол сушозавтория розгаьные 100 гр N10	15795	упак.	778			20			XXX	XXX	10	XXX	XXX
Всего по накладной:							20			x	XXX	x	XXX	XXX

Товарная накладная имеет приложение на один листе и содержит один пропись на одном листе порядковых номеров записей

Всего мест _____ Масса груза (нетто) _____ пропись _____
 _____ Масса груза (брутто) _____ пропись _____

Приложение (паспорта, сертификаты, и т.п.) _____ листах _____ пропись _____

Всего отпущено на сумму **XXX рублей XX копеек**

Отпуск разрешил **Дир. ОСП "Поставщик 1"** _____

Главный (старший) бухгалтер _____

Отпуск груза проввел **Зав. складом** _____

Петров А.Ю.
расшифровка подписи

Иванова В.В.
расшифровка подписи

Завьялов А.И.
расшифровка подписи



По доверенности № _____ от _____
 выданной _____
нем. кому (организации) должность, фамилия, и. д.)

Груз принял _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Груз получил грузополучатель _____ должность _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Станция «Фармацевтическая экспертиза рецептов»

Информация (брифинг) для обучающегося

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.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Название ситуации (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
11	В аптеку обратился посетитель (ветеран боевых действий) с рецептами на диазепам (табл.)
12	В аптеку обратился посетитель (участник Великой Отечественной войны) с рецептами на золпидем (табл.)
13	В аптеку обратился посетитель с рецептами на омнопон (раствор для инъекций) для онкологического больного
14	В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на медазепам (табл.)
15	В аптеку обратился посетитель (инвалид войны) с рецептами на этилморфин (табл.)

16	В аптеку обратился посетитель с рецептом на клонидин (табл.).
17	В аптеку обратился посетитель с рецептом на клоназепам (табл.).
18	В аптеку обратился посетитель с рецептом на бензобарбитал (табл.).
19	В аптеку обратился посетитель с рецептом на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (табл.).
20	В аптеку обратился посетитель с рецептами на фенобарбитал (табл.).

Задание 1: В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на клонидин (табл.)

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

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 4

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. ~~Tabl. Clonidini 0,15 mg~~
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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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

~~p. 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



Задание 2. В аптеку обратился посетитель (ветеран боевых действий) с рецептами на клоназепам (табл.)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1034н

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

Код

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 3 0	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 4

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

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 8 0 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: Tabl. Clonazepam 0,5 mg

D.t.d. № 30

Signa: по 1 табл. 2 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 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(дата оформления рецепта)

3

(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: Tabl. Clonazepam 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



Задание 3. В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на фентанил (трансдермальная терапевтическая система)

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

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Код формы по ОКУД 3108805
 форма N 148-1/y-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		3

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024
 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: 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)
 ----- (заполняется специалистом аптеки) -----

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/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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 (пять) 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



Задание 4. В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на прегабалин (капс.)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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

Код

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 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024
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: Pregabalin 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 лечении 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/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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

Задание 5. В аптеку обратился посетитель (участник Великой Отечественной войны) с рецептами на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (табл.)

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

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108605
 Форма N 143-1/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 2 0	F 3 3		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024
 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/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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: ~~Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini~~ 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



Задание 6. В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на тримеперидин (табл)

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
 003003 Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6
 Код 31751910

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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 4

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

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: ~~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: 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
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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: ~~Tabl~~ Trimerperidini 25 mg

D, 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

Задание 7. В аптеку обратился посетитель (инвалид войны) с рецептами на бензобарбитал (табл.)

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

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

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 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 4

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. ~~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 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/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

3

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

Задание 8. В аптеку обратился посетитель с рецептами на фенобарбитал (табл.) для ребенка - инвалида

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88"
 003003 Городской
 Код. Генерала Симоняка, дом 6

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 2 8 0 6 2 0 2 4

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

Дата рождения 0 2 1 1 2 0 0 5 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. 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: _____ дней
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
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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)



Задание 9. В аптеку обратился посетитель с рецептами на морфин (табл.) для онкологического больного

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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

Код
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 4
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: 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)

----- (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
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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

Задание 10. В аптеку обратился посетитель с рецептами на бупренорфин (раствор для инъекций) для онкологического больного

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003008 Городской
Код ул. Генерала Сибиряка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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 4

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. Buprenorphini 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 ~~дней~~ 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 1 прием <u> </u> 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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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. ~~Buprenorphini~~ Buprenorphini 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)



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

Задание 11. В аптеку обратился посетитель (ветеран боевых действий) с рецептами на диазепам (табл.)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
ОГБУЗ "Городская поликлиника № 88"
Код ул. Героев-Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
форма N 146-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальной бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
030	G40		

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

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024

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

Дата рождения 02 11 1980 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: Diazepam 0,005
D.t.d: №100 in tabl.
S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь.

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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 Д.Д.

Руб. Коп.

Rp: Diazepam 0,005

D.t.d: №100 in tabl.

S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь.

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Задание 12. В аптеку обратился посетитель (участник Великой Отечественной войны) с рецептами на золпидем (табл.)

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
 ул. Генерала Симоныка, дом 6
 Код 0330109978989897

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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) муниципальной бюджет	* оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
030	G40		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024

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

Дата рождения 02 11 1980 СНИЛС 116-032-01

И 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 Д.Д.

Рр.: Zolpidemi 0,01
 D.t.d. № 10 in tabl.
 S.: по 1 таблетке перед сном 1 раз 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 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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.: Zolpidemi 0,01

D.t.d. № 10 in tabl.

S.: по 1 таблетке перед сном 1 раз в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)





Срок действия 15 дней



Задание 13. В аптеку обратился посетитель с рецептами на омнопон (раствор для инъекций) для онкологического больного

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88"
 ул. Гусева, дом 6

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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

Код категории граждан: 9 2 5
 Код нозологической формы: С 7 6

Источник финансирования (подчеркните):
 1) федеральный бюджет
 2) бюджет субъекта Российской Федерации
 3) муниципальный бюджет

№ оплаты (подчеркните):
 1) Бесплатно
 2) 50%
 3) иной

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024
 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.: Sol. Omnoponi 1%-1 ml
 D. t. d. N. 5 in amp.
 S. По 1 мл подкожно 1 раз 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: 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
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г
(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. Omniproni 1 %-1 ml
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 1 мл подкожно 1 раз 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

Задание 14. В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на медазепам (табл.)

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

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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 2024

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.: Tab. Medazerami 0,01 № 50
D.S. по 1 таблетке 1 раз в день

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

ле едм

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
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
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г
(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 Д.Д.

Руб. Коп. **Rp.: Tab. Medazerami 0,01 № 50**
D.S. по 1 таблетке 1 раз в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Задание 15. В аптеку обратился посетитель (инвалид войны) с рецептами на этилморфин (табл.)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
ул. Губернатора Сивякина, дом 6

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

Код категории граждан	Код новолученной формы	Источники финансирования (подчеркнуть): 1) <u>федеральный бюджет</u> 2) <u>бюджет субъекта Российской Федерации</u> 3) <u>муниципальный бюджет</u>	* оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

И полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 85/2014

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

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки

Рр: Ethylmorphini 0,015
D.t.d. № 10 in tabl.
S.: по 1 таблетке 2 раза в сутки

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г

(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: Ethylmorphini 0,015
D.t.d. № 10 in tabl.
S.: по 1 таблетке 2 раза в сутки

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

Задание 16. В аптеку обратился посетитель с рецептом на клонидин (табл.).

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г.

(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



Задание 17. В аптеку обратился посетитель с рецептов на клоназепам (табл.).

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

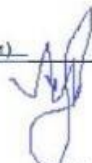
Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

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

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonazepam 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



Задание 18. В аптеку обратился посетитель с рецептом на бензобарбитал (табл.).

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
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 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

Задание 19. В аптеку обратился посетитель с рецептом на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (табл.).

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 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: Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 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



Задание 20. В аптеку обратился посетитель с рецептами на фенобарбитал (табл.).

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024г.

(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)



Станция «Фармацевтическое консультирование»

Информация (брифинг) для обучающегося

Вы сотрудник аптечной организации, список лекарственных препаратов симулированной аптеки есть внутри станции. Сейчас Ваша зона ответственности **ТОРГОВЫЙ ЗАЛ**, где около витрины ожидает один посетитель, других посетителей нет. Задание: необходимо помочь ему с выбором лекарственного препарата. Все необходимые сведения можно получить в процессе общения с ним. Симулированный посетитель аптеки уполномочен отвечать на Ваши вопросы, а также задать Вам несколько вопросов, помогающих раскрыть Ваши профессиональные знания.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Название ситуации (сценарий)
1.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат для ребенка от температуры 38,5
2.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при пищевом отравлении
3.	Беременная посетительница с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при ОРВИ
4.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат для ребенка при дерматите
5.	Посетительница с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при хронической венозной недостаточности
6.	Посетитель с просьбой порекомендовать витаминно-минеральный комплекс
7.	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта сироп Аскорил экспекторант для ребенка
8.	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта таблетки Мидокалм
9.	Посетительница с рецептом на Эналаприл 10 мг в таблетках
10.	Посетительница с рецептом на Амоксициллин+Клавулановая кислота 500+125мг в таблетках
11	В аптеку обратился посетитель с жалобами на боль в горле и просьбой продать ему сумамед
12	В аптеку обратился посетитель с жалобами на бессонницу с просьбой продать ему реланиум
13	В аптеку обратился посетитель с жалобами на мышечную боль и просьбой продать ему трамадол

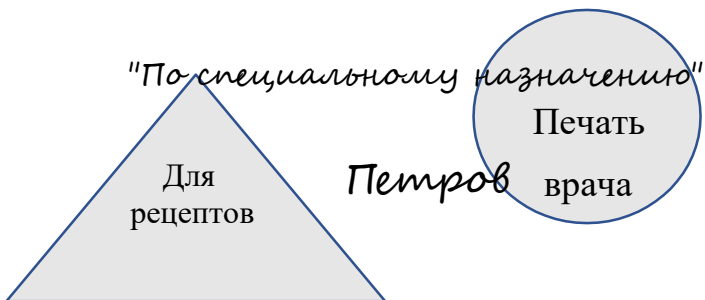
14	В аптеку обратился посетитель с просьбой посоветовать средство от зубной боли
15	В аптеку обратился посетитель с просьбой продать ему от боли в горле антибиотик
16	В аптеку обратился посетитель с жалобами на дискомфорт в желудке после еды и просьбой помочь ему
17	В аптеку обратился посетитель с жалобами на усталость и просьбой помочь ему в выборе лекарственного препарата
18	В аптеку обратился пациент с жалобами на тревогу и просьбой продать ему атаракс
19	В аптеку обратился посетитель с сильным кашлем с просьбой продать ему какие-нибудь таблетки с кодеином
20	В аптеку обратился посетитель с болью в спине (растяжение мышц) с просьбой отпустить ему без рецепта диклофенак, раствор для инъекций 75мг/3мл №5 одну упаковку

Список препаратов для симулированной аптеки

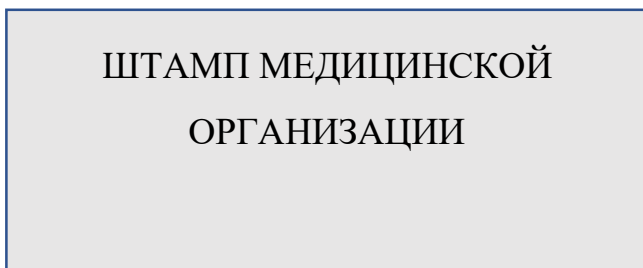
1. Аква Марис Стронг (спрей)
2. Альмагель (суспензия для приема внутрь)
3. Амоксиклав (таблетки 500 мг+125 мг)
4. Амоксиклав Квиктаб (таблетки диспергируемые 500 мг+125 мг)
5. Аскорил экспекторант (сироп)
6. Аугментин (таблетки 500 мг+125 мг)
7. Афобазол (таблетки 10мг)
8. АЦЦ (сироп 20 мг/мл, гранулы 200 мг)
9. АЦЦ 100 (таблетки шипучие 100 мг)
10. АЦЦ Лонг (таблетки шипучие 600 мг)
11. Банеоцин (мазь, порошок)
12. Бепантен (крем)
13. Берлиприл (таблетки 10 мг)
14. Берокка Плюс (таблетки)
15. Бромгексин (таблетки 8 мг, сироп 8 мг/5 мл)
16. Виферон (суппозитории 500000 МЕ, мазь)
17. Вольтарен (пластырь 30 мг/сут, гель 2%)
18. Гексорал (раствор, аэрозоль)
19. Гриппферон (спрей, капли)
20. Детралекс (таблетки 500 мг)
21. Детский Панадол (суспензия 120 мг/5 мл)
22. Капсикам (мазь)
23. Кеторол (гель)
24. Компливит (таблетки)
25. Лазолван (таблетки 30 мг, сироп 30 мг/5 мл)
26. Лизобакт (таблетки)
27. Мидокалм (таблетки 50 мг)

28. Мирамистин (раствор)
29. Мелатонин(таблетки)
30. Називин Сенситив (спрей 22,5 мкг/доза)
31. Найз (гель)
32. Нурофен (сироп, таблетки 200 мг)
33. Пенталгин (таблетки)
34. Пирацетам (таблетки)
35. Полисорб МП (порошок для приготовления суспензии)
36. Регидрон (порошок)
37. Ренгалин (таблетки)
38. Ренитек (таблетки 10 мг)
39. Сиалор аква (капли назальные)
40. Синекод (сироп 1,5 мг/мл)
41. Супрадин (таблетки шипучие)
42. Суммамед (таблетки 500 мг)
43. Троксерутин (капсулы 300 мг)
44. Флебодиа 600 (таблетки 600 мг)
45. Флемоклав Соллютаб (таблетки диспергируемые 500 мг+125 мг)
46. Цефекон Д (суппозитории 250 мг)
47. Цинковая паста
48. Эналаприл (таблетки 10 мг)
49. Энап (таблетки 10 мг)
50. Энтерол (капсулы)
51. Энтеросгель (паста)
52. Эргоферон (таблетки)

Рецепты для симулированного пациента (ситуации (сценарии) № 9-10)



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"20" Мая 2024 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента Иванова И.И.

Дата рождения 23 декабря 1984

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.В.

руб. | коп. | Rp. Enalaprili 0,01.....
..... D.t.d. № 60 in tabl......
..... S. По 1 таблетке 2 раза в день, ..
..... в одно и то же время суток. . .

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

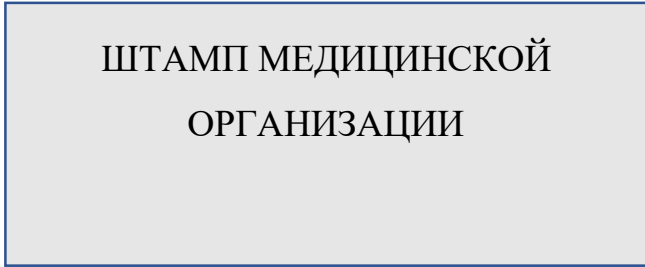
Петров



Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

Отпускать ежемесячно

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
"20" Мая 2024 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента Иванова И.И.

Дата рождения 23 декабря 1984

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.В.

руб. | коп. | Rp. *Amoxicillini 0,5*
..... *Acidi clavulanici 0,125*
..... *D.t.d. № 20 in tabl.*
..... *S. По 1 таблетке 3 раза в день, ..*
..... *в начале приема пищи, в течение 7 дней*

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Петров Печать
врача

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество
месяцев)

Станция «Изготовление лекарственных препаратов и внутриаптечный контроль»

Информация (брифинг) для обучающегося:

Вы - сотрудник аптечной организации.

Сейчас Ваша зона ответственности - АССИСТЕНТСКАЯ, где подготовлено всё необходимое для изготовления лекарственного препарата (ЛП) по рецепту: (варианты рецептов см. ниже)

Расчеты для оборотной стороны паспорта письменного контроля (ППК) уже произведены.

Задание: необходимо изготовить ЛП, соблюдая требования санитарного режима, и озвучить данные этикетки и лицевой стороны ППК.

Рецепт № 1

Recipe: Dimedroli 0,015

Coffeini 0,02

Sacchari albi 0,2

Misce fiat pulvis

Da tales doses N.30

Signa. По 1 пор. 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Расчет массы ингредиентов на все дозы	Дата _____
Димедрола $0,015 \times 30 = 0,45$	ППК к рецепту № 1
Кофеина $0,02 \times 30 = 0,6$	_____
Сахара $0,2 \times 30 = 6,0$	_____
Расчет массы одной дозы порошка (развески)	_____
Развеска1: $0,015 + 0,02 + 0,2 = 0,23$	_____
Самоконтроль расчетов: общая масса порошков	Подписи:
$6,0 + 0,6 + 0,45 = 7,05$	Изготовил _____
Развеска2: $7,05 : 30 = 0,23$	
Следовательно: Развеска1 = Развеска2	
Расчет допустимых отклонений: $0,23 \pm 10\% [0,21 ; 0,28]$	

Рецепт № 2

Rp.: Infusi raducidus Althaeae ex 5,0 - 100 ml

Natrii hydrocarbonatis 2,0

Misce. Da. Signa: По 1 столовой ложке 3 раза в день.

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Определение общего объема $V_{\text{общ.}} = 100 \text{ мл}$ Расчеты количества ингредиентов: $M \text{ сухого экстракта корня алтея (1:1)} = 5,0$ $V \text{ р-ра NaHCO}_3 \text{ 5\% (1:20)} = 2,0 \times 20 = 40 \text{ мл}$ $KУО \text{ сухого экстракта корня алтея} = 0,61 \text{ мл/г}$ $\text{Прирост} = M \times KУО = 5 \times 0,61 = 3,05 \text{ мл}$ Допустимые отклонения: $\pm 3\%$ $3 - 100$ $X - 100 \quad X = 3 \text{ мл}$ $3 \text{ мл} < 3,05 \text{ мл}$ следовательно, прирост объема учитываем $V_{H_2O} = 100 \text{ мл} - 40 \text{ мл} - 3,05 = 56,95 \text{ мл} \approx 57$ мл $V_{\text{общ.}} = 100 \text{ мл} \pm 3\% [97; 103]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 2 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 3

Rp.: Acidi salicylici 0,1

Vasellini 10,0

M.D.S. Наносить на кожу

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Пропись не нормирована Общая масса мази: $M_{\text{общ.}} = 10,1$ $M \text{ (салициловой кислоты)} = 0,1$ $M \text{ (вазелина)} = 10,0$ $\% \text{ твердой фазы} = 0,1 \times 100 / 10,1 = 0,99\%$ $0,99\% < 5\%$, следовательно, используем вспомогательную жидкость, измельчение проводят с маслом вазелиновым ($\frac{1}{2}$ от массы ЛВ) $M \text{ вазелинового масла} = 0,1 : 2 = 0,05 \text{ (gtt. III)}$ $0,1 - 2 \text{ капли;}$ $0,05 - X$ $X = 1 \text{ капля}$ Расчет допустимых отклонений: $10,1 \pm 8\% [9,29 ; 10,90]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 3 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 4

Rp: Acidi ascorbinici 0,02

Kalii iodidi 0,1

Aquaе purificatae 10 ml

M.D.S. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Пропись не нормирована Определение осмотической концентрации ЛВ по натрия хлориду: $M \text{ натрия хлорида} = 0,009 \times 10 - (0,02 \times 0,18 + 0,1 \times 0,35) = 0,09 - 0,0386 = 0,0514$ Вывод: раствор гипоосмотичен $M \text{ натрия хлорида} = 0,0514 \approx 0,05$ Вобщ. = 10 мл Расчет концентрированных растворов и воды очищенной: Раствора кислоты аскорбиновой (1 : 50) --- 1 мл $(0,02 \times 50)$ Раствора калия иодида (1 : 5) --- 0,5 мл $(0,1 \times 5)$ Раствор натрия хлорида (1:10) --- 0,5 мл $(0,05 \times 10)$ Воды очищенной (VH ₂ O): $10 \text{ мл} - (1 \text{ мл} + 0,5 \text{ мл} + 0,5 \text{ мл}) = 8 \text{ мл}$ Расчет допустимых отклонений: $10 \text{ мл} \pm 10\% [9; 11]$	Дата _____ ППК к рецепту № 4 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 5

Rp.: Mentholi 0,1

Natrii hydrocarbonatis

Natrii tetraboratis ana 2,0

M.f. pulvis

D.S. Для полосканий. Чайная ложка на стакан теплой воды

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Расчет ингредиентов на изготовление препарата ментола 0,1 натрия гидрокарбоната 2,0 натрия тетрабората 2,0 спирта этилового 95 % - 20 кап. Порошок не дозированный общая масса порошка $0,1 + 2,0 + 2,0 = 4,1$ Расчет допустимых отклонений: $4,1 \pm 3\% [3,98 ; 4,22]$	Дата _____ ППК к рецепту № 5 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 6

Rp.: Infusi herbae Leonuri 200 ml

Magnesii sulfatis 5,0

M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Определение общего объема $V_{\text{общ.}} = 200$ мл Расчеты количества ингредиентов: концентрация настоя пустырника в прописи рецепта не указана, изготавливаем в соотношении (1:10), в соответствии с ГФ масса травы пустырника $M_{\text{пуст.}} = 200 : 10 = 20,0$ $V_{\text{экс. пуст. жид.}} (1:2) = 20,0 \times 2 = 40$ мл $V_{\text{конц. р-ра магния сульфата 20\%}} (1:5) = 5,0$ $\times 5 = 25$ мл $V_{\text{H}_2\text{O}} = 200 \text{ мл} - (40 \text{ мл} + 25 \text{ мл}) = 135$ мл Расчет допустимых отклонений: $200 \text{ мл} \pm 2\% [196; 204]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 6 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 7

Rp.: Resorcini 0,2

Sulfuris praecipitati 1,5

Vasellini 20,0

Misce fiat unguentum.

Signa. Смазывать ухо

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Пропись не нормирована Общая масса мази: 21,7 $M(\text{резорцина}) = 0,2$ $M(\text{серы осажденной}) = 1,5$ $M(\text{вазелина}) = 20,0$ % твердой фазы: $(0,2+1,5) - 21,7$ $X - 100 X = 7,8\%$ $7,8\% > 5\%$ следовательно, используем часть основы для измельчения Основы для измельчения: $1,7 : 2 = 0,85$ Масса мази: $0,2+1,5+20,0 = 21,7$ Расчет допустимых отклонений: $21,7 \pm 7\% [20,18 ; 23,21]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 7 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 8

Rp.: Infusi herbae Leonuri 180 ml

Metamizoli natrii (Analgini) 1,0

M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Определение общего объема V_{общ.} = 180 мл</p> <p>Расчеты количества ингредиентов: концентрация настоя пустырника в прописи рецепта не указана, изготавливаем в соотношении (1:10), в соответствии с ГФ масса травы пустырника M травы пустырника = 180 : 10 = 18,0 V экс. пуст. жид. (1:2) = 18,0 × 2 = 36 мл M анальгина = 1,0 Прирост = M × КУО = 1 × 0,68 = 0,68 мл Допустимые отклонения : ± 2% 2 – 100 X – 180 X = 3,6 мл 3,6 мл > 0,68 мл следовательно, прирост объема не учитываем V_{H2O} = 180 мл – 36 мл = 144 мл V_{общ.} = 180 мл ± 2% [176,4; 183,6]</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 8 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 9

Rp.: Riboflavini 0,002

Acidi ascorbinici 0,03

Solutionis Acidi borici 2 % 10 ml

M.D.S. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Пропись не нормирована</p> <p>Определение осмотической концентрации ЛВ по натрия хлориду: Mнатрия хлорида = 0,009 x 10 – (0,03 × 0,18 + 0,2 × 0,35) = 0,09 – 0,0754 Интервал осмотической концентрации 0,09 ± 0,02 (от 0,07 до 0,11). Вывод: раствор изосмотичен V_{общ.} = 10 мл</p> <p>Расчет концентрированных растворов и воды очищенной: Раствора кислоты аскорбиновой (1 : 10) в растворе рибофлавина (1:5000) --- 0,3 мл (0,03 x 10) Раствора кислоты борной (1 : 25) в растворе рибофлавина (1:5000) ---- 5 мл (0,2 x 25) Раствора рибофлавина (1:5000) --- 4,7 мл (10 мл – 0,3мл - 5 мл)</p> <p>Расчет допустимых отклонений: 10 мл ± 10% [9 ; 11]</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 9 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 10

Rp.: Infusi rhizomatae cum radicibus Valerianae ex 3,0 - 100 ml

Kalii bromidi 3,0

Coffeini-natrii benzoatis 0,4

M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Вобщ.= 100 мл Расчеты количества ингредиентов: V жидкого экстракта - концентрата валерианы (1:2) = $3,0 \times 2 = 6$ мл V конц. раствора калия бромида 20% (1:5) $3,0 \times 5 = 15$ мл V конц. раствора кофеина натрия бензоата 20% (1:5) = $0,4 \times 5 = 2$ мл $VH_2O = 100$ мл - (6 мл + 15 мл + 2 мл) = 77 мл Расчет допустимых отклонений: 100 мл $\pm 3\%$ [97; 103]	Дата _____ ППК к рецепту № 10 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 11

Rp.: Infusi radidus Althaeae ex 5,0 - 100 ml

Natrii hydrocarbonatis 1,0

Misce. Da.

Signa: По 1 столовой ложке 3 раза в день.

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Общий объем 100мл Экстракта алтея стандартизированного сухого 1:1 $5 \times 1 = 5,0$ Смах экстракта алтея стандартизированного сухого 1:1 = 5% В рецепте концентрация экстракта алтея стандартизированного сухого 1:1 - 5%, т.е. КУО не используем. Раствора натрия гидрокарбоната 5% (1:20) $1 \times 20 = 20$ мл Воды очищенной: 100 мл - 20 мл = 80 мл Расчет допустимых отклонений: 100 мл $\pm 3\%$ [97; 103]	Дата _____ ППК к рецепту № 11 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 12

Rp.: Coffeini-natrii benzoatis 0,1
 Natrii tetraboratis 0,22
 Calcii gluconatis 0,15
 Misce ut fiat pulvis
 Da tales doses N 6
 Signa: По 1 порошку 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Расчет массы ингредиентов на все дозы Кофеина натрия бензоата $0,1 \times 6 = 0,6$ Натрия тетрабората $0,22 \times 6 = 1,32$ Кальция глюконат $0,15 \times 6 = 0,9$ Спирта этилового 95 % - 6 капель Расчет массы одной дозы порошка (развески) Развеска1: $0,1 + 0,22 + 0,15 = 0,47$ Самоконтроль расчетов: общая масса порошков $0,6 + 1,32 + 0,9 = 2,82$ Развеска2: $2,82 : 6 = 0,47$ Следовательно: Развеска1 = Развеска2 Расчет допустимых отклонений: $0,47 \pm 10\% [0,42 ; 0,52]$	Дата _____ ППК к рецепту № 1 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 13

Rp.: Solutionis Natrii bromidi isotonici 200 ml
 Sterilisetur!
 Da. Signa. По 2 мл внутривенно

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Натрия бромид $\Xi = 0,62$ - изотонический эквивалент по натрия хлориду Расчёт количества вещества m (г) для получения определенного объема (Vмл) изотонического раствора проводят по формуле: $m = 0,9 V/\Xi 100$ $m = 0,9 * 200 / 0,62 * 100 = 2,9$ Изотоническая концентрация натрия бромид 1,45% КУО натрия бромид = 0,26 мл/г N - нормы отклонения для раствора объемом 200 мл $\pm 2\%$ (приказ № 305) $Stax = N / КУО = 2 / 0,26 = 7,69 > 1,45\%$ КУО не учитывают Воды для инъекций 200мл Вобщ – 200 мл	Дата _____ ППК к рецепту № 13 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 14

Recipe: Liquoris Lugoli 20 ml

Da.Signa. По 5 капель 2 раза в день на молоке

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Йода кристаллического $5,0 \text{---} 100 \text{ мл}$ $X \text{---} 20 \text{ мл}$ $X = 5 \cdot 20 / 100 = 1,0$ Калия иодида $1,0 \cdot 2 = 2,0$ Воды очищенной Расчет с учетом КУО, т.к. суммарная концентрация более 3% КУО йода в KI = 0,23 мл/г КУО KI = 0,25 мл/г Воды очищенной $20 - 1,0 \cdot 0,23 - 2,0 \cdot 0,25 = 19,3$ мл	Дата _____ ППК к рецепту № 14 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 15

Recipe: Solutionis Analgini 0,5% -50 ml

Natrii bromidi 1,0

Tincturae Valerianae 3 ml

Sirupi simplicis 5 ml

Miace. Da.Signa. По 1 десертной ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Анальгина $0,5 \text{---} 100 \text{ мл}; X \text{---} 50 \text{ мл}; X = 0,25$ Раствора натрия бромиды (1:5) - $1,0 \cdot 5 = 5 \text{ мл}$ КУО анальгина 0,68 мл/г $C_{\text{мах}} = N / \text{КУО} = 4 / 0,68 = 5,8 > 0,5\%$ - расчет без учета КУО Воды очищенной Воды очищенной $50 - 5 = 45 \text{ мл}$ Вобщ - 58 мл	Дата _____ ППК к рецепту № 15 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____

Рецепт № 16

Rp.: Infusi herbae Leonuri 180 ml

Natrii bromidi 1,0

M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Определение общего объема $V_{\text{общ.}} = 180 \text{ мл}$ Расчеты количества ингредиентов: концентрация настоя пустырника в прописи рецепта не указана, изготавливаем в соотношении (1:10), в соответствии с ГФ масса травы пустырника $M \text{ травы пустырника} = 180 : 10 = 18,0$ $V \text{ экс. пуст. жид. (1:2)} = 18,0 \times 2 = 36 \text{ мл}$ $V_{\text{конц. р-ра}} = 5 \text{ мл } 20 \%$ Допустимые отклонения : $\pm 2\%$ $2 - 100$ $X - 180 \quad X = 3,6 \text{ мл}$ $V_{\text{воды}} = 180 \text{ мл} - 36 \text{ мл} - 5 \text{ мл} = 141 \text{ мл}$ $V_{\text{общ.}} = 180 \text{ мл} \pm 2\% [176,4; 183,6]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 16 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 17

Rp.: Coffeini-natrii benzoatis 0,1

Calcii gluconatis 0,15

Misce ut fiat pulvis

Da tales doses N 10

Signa: По 1 порошку 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
<p>Расчет массы ингредиентов на все дозы Кофеина натрия бензоата $0,1 \times 10 = 1,0$ Кальция глюконат $0,15 \times 10 = 1,5$ Расчет массы одной дозы порошка (развески) Развеска1: $0,1 + 0,15 = 0,25$ Самоконтроль расчетов: общая масса порошков $1,0 + 1,5 = 2,5$ Развеска2: $2,5 : 10 = 0,25$ Следовательно: Развеска1 = Развеска2 Расчет допустимых отклонений: $0,25 \pm 10\% [0,225 ; 0,275]$</p>	<p>Дата _____ ППК к рецепту № 17 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____</p>

Рецепт № 18

Rp.: Sol. Glucosi 5% - 100 ml

Metamizoli natrii (Analgini) 1,0

M.D.S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Оборотная сторона ППК	Лицевая сторона ППК
Определение общего объема Vобщ.= 100 мл Расчеты количества ингредиентов: M глюкозы безводной = 5,0 M анальгина = 1,0 Прирост = $M \times \text{КУО} = 1 \times 0,68 + 5,0 \times 0,64 = 3,88$ мл Допустимые отклонения : $\pm 2\%$ 2 – 100 X – 180 X = 3,6 мл 3,88 мл > 3,6 мл следовательно, прирост объема учитываем VH ₂ O = 180 мл – 3,88 мл = 176,12 мл Vобщ.= 180 мл $\pm 2\%$ [176,4; 183,6]	Дата _____ ППК к рецепту № 18 _____ _____ _____ _____ Подписи: Изготовил _____