

ГАУЗ МО

«Московский областной хоспис (для детей)»

Методические рекомендации

по выписыванию

наркотических препаратов

# Нормативно-правовая база

1. ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ (МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ) ОТ 14 ЯНВАРЯ 2019 Г. №4Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ФОРМ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОРЯДКА ОФОРМЛЕНИЯ УКАЗАННЫХ БЛАНКОВ, ИХ УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ»
2. ПИСЬМО МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОТ 4 АПРЕЛЯ 2019 Г. № 25-4/И/2-2885 О РАЗРЕШЕНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАННЕ ИЗГОТОВЛЕННЫХ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ ДО 31 ДЕКАБРЯ 2019 Г.
3. ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОТ 1 АВГУСТА 2012 Г. N 54Н  
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ БЛАНКОВ РЕЦЕПТОВ, СОДЕРЖАЩИХ НАЗНАЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПОРЯДКА ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ, РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, РЕГИСТРАЦИИ, УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПРАВИЛ ОФОРМЛЕНИЯ»

# № 107/У-НП

## СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Код формы по ОКУД  
Медицинская документация  
форма № 107/У - НП,  
утвержденная приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 1 августа 2012 г. № 54н

Имя Медицинской организации

РЕЦЕПТ

Серия  N

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_ г.  
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)  
(дата выписки рецепта)

Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
возраст \_\_\_\_\_

Серия и номер листа обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Номер медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача  
(фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

Р.р.: \_\_\_\_\_

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя  
(заместителя руководителя или руководителя  
структурного подразделения) медицинской организации \_\_\_\_\_

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

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

Срок действия рецепта 5 дней

- На специальном рецептурном бланке формы №107/У-НП выписываются НЛС и психотропные вещества из списка II Перечня НС, например, морфин (различной формы), за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем (например, ТТС с фентанилом) и лекарственных препаратов, содержащих наркотическое средство в сочетании с антагонистом опиоидных рецепторов

# № 148-1/у-88

- **На специальных рецептурных бланках формы № 148-1/у-88 выписываются НЛС и ПВ списка II Перечня в виде трансдермальных терапевтических систем, лекарственных препаратов, содержащие наркотическое средство, другие лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (адреса)  
медицинской организации

Наименование (адреса) лицензируемого  
предприятия (адреса) дарс, аптеки  
и др. лицензия, выдающие органы  
государственной власти, выдавшего лицензию

Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКТО  
Медицинская организация  
Форма № 148-1/у-88  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. № 40

Серия  N

**РЕЦЕПТ** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного  
пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) лечащего  
врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_  
руб. | коп. | Рр.

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

Подпись \_\_\_\_\_ М. П.  
и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней.

**Пациентам, имеющих право на бесплатное получение  
лекарственных препаратов или со скидкой:**

рецептурный бланк по форме № 107/у-НП

+

рецепты в 2-х экземплярах

на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л)

или формы № 148-1/у-06 (л)

- **Формы № 148-1/у-04(л) :**
- **могут быть выписаны только пациентам, имеющим право на получение федеральной или региональной льготы, при выписывании рецептов;**
- **рецепты выписываются в двух экземплярах дополнительно к рецептурным бланкам формы №107/у-НП или формы № 148-1/у-88: с одним экземпляром пациент обращается в аптечную организацию, другой приобщается к медицинской карте пациента.**

# На один рецепт можно выписать только один препарат. Не более:

1. Морфин (таблетки) 5мг- 100 табл, 10 мг-100 табл
2. Морфин (капли для прием внутрь)- 20мг/мл 20мл- 4 флакона
3. Морфин раствор для приема внутрь (монодозы)  
2 мг/ 5 мл - 100 ампул пэ  
6 мг/мл 5 мл- 80 ампул пэ  
20 мг/мл 5 мл- 30 ампул пэ
4. Морфин раствор для инъекций, раствор для кожного введения – 10 мг/мл 1 мл – 20 ампул (шприц-тюбиков)
5. Морфин (капсулы пролонгированного действия)  
10мг-180 табл капс  
30 мг-60 табл капс  
60 мг-40 табл капс
6. Фентанил – ТТС- 12,5 мкг./час -20 пластыврей
7. Фентанил – ТТС- 25 мкг./час -20 пластыврей
8. Фентанил – ТТС- 50 мкг./час -10 пластыврей
9. Фентанил – ТТС- 75 мкг./час -10 пластыврей
10. Фентанил – ТТС- 100 мкг./час -10 пластыврей
11. Фентанил таблетки подъязычные  
0,1 мг, 0,2 мг, 0,3 мг, 0,4мг, 0,6 мг, 0,8 мг – 50 таблеток
12. Фентанил назальный спрей флакон – 50 мкг-доза 2,0 мл (10 доз)
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.

# Новые формы морфина

- ФГУП «Московский эндокринный завод» выпускает Морфин (Морфина гидрохлорид) в форме раствора для приёма внутрь:
  - 2 мг/мл – ампулы по 5 мл (20 шт)
  - 6 мг/мл – ампулы по 5 мл (20 шт)
  - 20 мг/мл – ампулы по 5 мл (20 мл)

При оказании пациентам паллиативной  
медицинской помощи количество может  
быть увеличено

*не более чем в 2 раза*

по сравнению с предельно допустимым  
количеством. При этом необходимо  
сделать отметку

**«По специальному назначению»**



# Рецептурный бланк. Оформление

- Рецептурный бланк заполняется разборчиво шариковой ручкой либо с применением печатающих устройств (на территории МО - до 01.01.2020 – только путем заполнения с помощью печатных устройств)
- Указывается код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, определяющий государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, в которой сформирован рецепт в форме электронного документа;
- наименование медицинской организации, адрес, телефон, адрес: **ставится штамп медицинской организации;**
- ОГРН медицинской организации
- дата оформления рецепта (указывается число, месяц, год);
- дата окончания действия рецепта (формируется государственной информационной системой в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации в соответствии со сроками действия рецептов: **15 дней**)
- уникальный номер рецепта (формируется государственной информационной системой в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации и обеспечивает однозначную идентификацию рецепта в форме электронного документа в сочетании с ОКАТО, ОГРН или ОГРНИП);
- отметки "cito" (срочно) или "statim" (немедленно) при необходимости срочного или немедленного отпуска лекарственного препарата пациенту;
- адрес пациента (указывается почтовый адрес места жительства (места пребывания или места фактического проживания) с указанием индекса, наименования края, области, республики, автономного округа, наименования населенного пункта, наименования улицы (проспекта, переулка, проезда), номера дома (с указанием корпуса, при наличии), номера квартиры);
- номер электронной медицинской карты пациента в государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента полностью;
- дата рождения пациента (указывается число, месяц, год), для детей до 1 года дополнительно указывается количество полных месяцев;
- фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) медицинского работника полностью;

# Рецептурный бланк. Оформление

- Наименование лекарственного препарата (международное непатентованное наименование, группировочное или химическое наименование, торговое наименование) **на латинском языке**, дозировка, форма выпуска, количество;
- Указывается способ применения лекарственного препарата на государственном языке Российской Федерации.
- На одном рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 и формы N 148-1/у-04(л) разрешается осуществлять назначение **только одного наименования лекарственного препарата**, относящегося по АТХ к антипсихотическим средствам (код N05A), анксиолитикам (код N05B), снотворным и седативным средствам (код N05C), антидепрессантам (код N06A).
- Отметка об источнике финансирования (федеральный бюджет [1], бюджет субъекта Российской Федерации [2], муниципальный бюджет [3]) и проценте оплаты рецепта (бесплатно [1], 50% [2]);
- Рецепт, оформленный на рецептурном бланке форм N 148-1/у-88, N 107-1/у и N 148-1/у-04(л), **подписывается медицинским работником и заверяется его печатью.**
- Рецепт, оформленный на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 и формы N 148-1/у-04(л) **дополнительно заверяется печатью медицинской организации «Для рецептов»**
- Исправления при заполнении рецептурного бланка не допускаются.
- При повторном выписывании рецепта в левом верхнем углу рецепта делается отметка **«Повторно»**

## **Основные ошибки, которые допускаются при заполнении рецептурных бланков**

- Нет даты выписки рецепта
- Вместо указания возраста – дата рождения
- Забывают написать ФИО уполномоченного лица медицинской организации
- Неверно указан лекарственный препарат

**Срок действия рецепта 15 дней**

- **Примеры заполнения в прилагаемых файлах**

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Штамп медицинской организации

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

РЕЦЕПТ

Серия и номер

пропечатаны типографией

Серия

N							

"03" сентября

2020 г.  
(Дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 7 лет **Указывается ВОЗРАСТ**

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

№ номер медицинской карты \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

(фельдшера, акушерки) Сидоров П.П.

Кр: РФ, Моршанск 5-й пр. № 1 ..... **Доза указана для ПРИМЕРА!**  
..... Р. Д. д. № 20 в ф. № 1, Пр. 1, телефон № 2, дата в день .....

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

М.П.

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

**ПОЛНОМОЩНИК**

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

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

Срок действия рецепта 15 дней

М.П.



**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

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

Итого медицинских организаций

РЕЦЕПТ

Серия и номер

пропечатаны типографией

Серия     N

"03" сентября 2020 г.  
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 7 лет **Указывается ВОЗРАСТ**

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) Сидоров П.П.

Rp: Rp: Sol. Morphii 1% - 1ml. . . . . **Доза указана для ПРИМЕРА!**  
D: 1d; № 1 in amp. S: Водить осторожно по 1 мл. . . . .

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

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

полпиктИнником

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

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

Срок действия рецепта 15 дней

М.П.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

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

Итого медицинских организаций

РЕЦЕПТ

Серия и номер

пропечатаны типографией

Серия     N

"03" сентября 2020 г.  
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 7 лет **Указывается ВОЗРАСТ**

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) Сидоров П.П.

Rp: Rp: Sol. Rhenardi 0,005% 2 ml. . . . . **Доза указана для ПРИМЕРА!**  
D: 1d; № 1 in amp. S: Водить в вену струйно по 2 мл при сильных болях. . . . .

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

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

полпиктИнником

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

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

Срок действия рецепта 15 дней

М.П.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

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

Имя Медицинской организации \_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ  
Серия и номер

пропечатаны типографией

Серия     N

"03" сентября 2020 г.  
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 7 лет **Указывается ВОЗРАСТ**

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача  
(фельдшера, акушерки) Сидоров П.П.

№: Rx: Morphine 0.06 ..... **Доза указана для ПРИМЕРА!**  
... D. d. № 10 в. с. S. (Примечать по 1 капле 2 раза в сутки)

Подпись и печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

И.П.

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

**политик/инициатор**

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

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

Срок действия рецепта 15 дней

И.П.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

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

Имя Медицинской организации \_\_\_\_\_

РЕЦЕПТ  
Серия и номер

пропечатаны типографией

Серия     N

"03" сентября 2020 г.  
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 7 лет **Указывается ВОЗРАСТ**

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача  
(фельдшера, акушерки) Сидоров П.П.

№: Rx: Sol. Morphini 2% 20 ml ..... **Доза указана для ПРИМЕРА!**  
... D. d. № 1 . S. (Примечать по 10 капле 2 раза в сутки)

Подпись и печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

И.П.

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

**политик/инициатор**

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

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

Срок действия рецепта 15 дней

И.П.



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

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

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

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

Серия и номер

пропечатаны типографией  
N  
Серия L L L L L L L L N L L L L L L L L L  
"03" сентября 20 20 г.  
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужно подчеркнуть)

фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

Дата рождения Дата Рождения

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Кол. Rp:

Rp.: Sfnazepam 0,002

D.i.d. № 30 in tab

S.: no 4-8 mg/cut

Доза указана для ПРИМЕРА!

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Серия и номер

пропечатаны типографией  
N  
Серия L L L L L L L L N L L L L L L L L L  
"03" сентября 20 20 г.  
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужно подчеркнуть)

фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

Дата рождения Дата Рождения

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Кол. Rp:

Rp.: lorazepam 0,5

D.i.d. №20 in tab

D.S. no 0,5-4 mg 1-3 раз/cut

Доза указана для ПРИМЕРА!

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

Наименование (штамп)  
Индивидуального предпринимателя  
(указать адрес, номер и дату лицензии,  
наименование органа государственной  
власти, выдавшего лицензию)

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

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

Наименование (штамп)  
Индивидуального предпринимателя  
(указать адрес, номер и дату лицензии,  
наименование органа государственной  
власти, выдавшего лицензию)

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

Серия и номер  
пропечатаны типографией

РЕЦЕПТ

Серия L L L L L L L L N L L L L L L L L L L  
"03" сентября 20 20 г.  
(дата оформления рецепта)

(возрастной, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

(возрастной, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

Дата рождения Дата Рождения

Дата рождения Дата Рождения

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

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

Руб. Кол. Rp: Dexamet 0,005  
Did. № 20 in tab.  
S: По 1 таб. 2 раза в день внутрь.

Доза указана для ПРИМЕРА!

Руб. Кол. Rp: Sol. Minoxoloni 0,5% - 1 ml.  
Did. N 6 in amp.  
S: Для введения в наркос.

Доза указана для ПРИМЕРА!

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

Рецепт действителен в течение 15 дней

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

Рецепт действителен в течение 15 дней



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
форма N 148-1/У-88  
Утверждена приказом

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

Наименование (штамп)  
Индивидуального предпринимателя  
(указать адрес, номер и дату лицензии,  
наименование органа государственной  
власти, выдавшего лицензию)

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
Медицинской организации

Наименование (штамп)  
Индивидуального предпринимателя  
(указать адрес, номер и дату лицензии,  
наименование органа государственной  
власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
форма N 148-1/У-88  
Утверждена приказом

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

Серия и номер

Пропечатаны типографией

Рецепт  
Серия L L L L L L L L N L L L L L L L L L L  
"03" сентября 20 20 г.  
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

Дата рождения Дата Рождения

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

Руб. Кол.

Доза указана для ПРИМЕРА!

Rp: Rhenorbitali 0,1  
D. i. d. N. 6 in tabul.  
S. No 1 таблетке на ночь за 1 час до сна (зачитать теплым чаем)

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Серия и номер

Пропечатаны типографией

Рецепт  
Серия L L L L L L L L N L L L L L L L L L L  
"03" сентября 20 20 г.  
(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
пациента Иванов Иван Иванович

Дата рождения Дата Рождения

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

Руб. Кол.

Доза указана для ПРИМЕРА!

Rp: Medazepam 0,01  
D. i. d. №50 in tab.  
D. S. no 1 таблетке 1 раз в день

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней