

Правила выписывания рецептов

Часть 2

Перечень веществ, входящих в состав лекарства:

- ❖ основное действующее вещество (basis);
- ❖ вспомогательные лекарственные вещества (adjuvans);
- ❖ вещества, исправляющие вкус, запах лекарства (corrigens);
- ❖ вещества, придающие лекарству определённую форму (constituens).

Пропись, в которой указывается только основное действующее вещество, его форма и количество, называется **СОКРАЩЕННОЙ**

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример развёрнутой прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Pyridoxini hydrochloridi 0,002
Acidi nicotinici 0,025
Sacchari 0,3
Misce, fiat pulvis.
Da tales doses numero 12.
Signa: По 1 порошку 4 раза в день.**

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример сокращенной прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Unguenti Anaesthesini 5% – 50,0
Da. Signa: *Нанести на*
поврежденный участок тела.

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример сокращенной прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Dragees Acidi ascorbinici 0,05 numero 50.
Da. Signa: По 1 драже 2 раза в день.**

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

В зависимости от количества действующих веществ различают лекарственные препараты:

ПРОСТЫЕ – в состав которых входит одно действующее вещество

СЛОЖНЫЕ – в состав которых входит несколько действующих веществ

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример прописи простого препарата:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: **Streptocidi** subtilissimi 20,0
Da. Signa: *Наружно, нанести порошок на поражённое место.*

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример прописи простого препарата:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Suppositorium cum **Ichthyolo** 0,2 numero 10.
Da. Signa: *Вводить в просвет прямой
кишки по 1 свече 2 раза в день.*

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример прописи сложного препарата:

медицинской организации _____

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Tincturae Convallariae
Tincturae Valerianae ana 10 ml.
Extracti Crataegi fluidi 5 ml.
Mentholi 0,05
Misce. Da. Signa: Внутрь, по 20-30
капель 3-4 раза в день.

Подпись и личная печать
лечащего врача _____

М.П. _____

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример прописи сложного препарата:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Liquoris Ammonii anisati 50 ml.
Sirupi Althaeae 30 ml.
Aquae destillatae ad 200 ml.
Misce. Da. Signa: *Внутрь, по 1 десертной ложке 3 раза в день.*

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

В зависимости от способа указания количества вещества (дозы) различают прописи:

ДОЗИРОВАННЫЕ – в которых лекарство отпускается отдельными равными дозами

НЕДОЗИРОВАННЫЕ – в которых лекарство выписывается общим количеством на все приемы и дозируется самим пациентом

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример дозированной прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Solutionis Glucosae 5% – 10 ml.
Da tales doses numero 10 in ampullis.
Signa: Внутривенно, для инъекций
1 раз в день

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Пример недозированной прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Unguenti Anaesthesini 5% – 50,0
Da. Signa: *Нанести на*
поврежденный участок тела.

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Solutionis Iodi spirituosae 5% – 2 ml.
Tannini 3,0
Glycerini 10,0
Misce. Da.
Signa:**

<<< ОТВЕТ

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: **Tabulettam Kalii orotatis 0,5 numero 60.**
Da. Signa:

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

<<< Ответ

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Riboflavini 0,01
Sacchari 0,3
Misce, fiat pulvis.
Da tales doses numero 20.
Signa:**

<<< ОТВЕТ

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Tincturae Absinthii
Tincturae Belladonnae ana 10 ml.
Misce. Da.
Signa:

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

Подпись и личная печать
лечащего врача

<<< ОТВЕТ

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Solutionis Novocaini 0,5 % – 500 ml.
Sterilisa. Da.
Signa:**

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

Подпись и личная печать
лечащего врача

<<< ОТВЕТ

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____
Ф.И.О. лечащего врача _____

**Recipe: Solutionis Magnesii sulfatis 25% – 10 ml.
Da tales doses numero 10 in ampullis.
Signa:**

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

Подпись и личная печать
лечащего врача

<<< Ответ

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Определите вид прописи:

медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" _ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Recipe: Solutionis Hydrogenii peroxydi
dilutae 3%-500 ml.

Da.

Signa:

<<< ОТВЕТ

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, 1 года (.....)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)