



Правила выписывания таблеток

ТАБЛЕТКИ: понятие и правила выписывания

- ❖ Таблетки - дозированная твердая лекарственная форма, приготовленная методом прессования или формирования лекарственных веществ.



ТАБЛЕТКИ: понятие и правила выписывания

- ❖ Таблетки предназначены для употребления внутрь, а также для сублингвального приема и для приготовления растворов.



РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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: По 1 таблетке 3 раза в день
за час до еды.**

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

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

Пример классической прописи (1):

Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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: Neodicumarini 0,1

Da tales doses numero 30 in tabulettis.

Signa: По 1 таблетке 1 раза в день .

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

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

Пример классической прописи (2):

Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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: Phenobarbitali 0,02

Acidi acetylsalicylici 0,25

Coffeni 0,03

Da tales doses numero 10 in tabulettis.

**Signa: По 1 таблетке 2-3 раза в день
при головной боли.**

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

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

Пример модифицированной прописи (1):

Российской Федерации
Наименование (штамп)
медицинской организации

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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 Neodicumarini 0,1

Da tales doses numero 30

Signa: По 1 таблетке 1 раза в день .

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

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

Пример модифицированной прописи (2):

Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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 Neodicumarini 0,1 numero 30
Signa: По 1 таблетке 1 раза в день .

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

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

Пример модифицированной прописи (3):

Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
форма N 107-1/у
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: Tabulettas «Nicoverinum» numero 10
Signa: По 1 таблетке 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)