

**Первичная аккредитация специалистов здравоохранения**

**Паспорт**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ**

**Фармацевтическая экспертиза рецептов**

**Специальность:**

*Фармация*

## Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции) .....	4
2. Продолжительность работы станции.....	4
3. Задача станции .....	4
4. Информация по обеспечению работы станции .....	4
4.1. Рабочее место члена АПК .....	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого .....	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования .....	5
4.2.2. Расходные материалы .....	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции .....	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого .....	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции .....	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	8
10. Критерии оценивания действий аккредитуемого .....	9
11. Алгоритм выполнения навыка .....	9
12. Оценочный лист (чек-лист).....	11
13. Медицинская документация (Приложение 1) .....	13
14. Сведения о разработчиках паспорта .....	13
Приложение 1 .....	14
Приложение 2 .....	26

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

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

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

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

### 1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 9 марта 2016 г. №91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 7 апреля 2016 г., регистрационный № 41709).

Трудовая функция: А/01.7 Оптовая, розничная торговля, отпуск лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента.

### 2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

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

Таблица 1

**Тайминг выполнения практического навыка**

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

### 3. Задача станции

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

Станция не предназначена для оценки умения заполнять документацию.

### 4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

**4.1. Рабочее место члена АПК**

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

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

**4.2. Рабочее место аккредитуемого**

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

**4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования**

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Стол рабочий	1 шт.
2.	Стул	1 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет и доступом к актуальной нормативно-правовой базе (Перечень ЖНВЛП, Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 N 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 N 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации»)	1 шт.
4.	Журналы (имитация) для регистрации (Приложение 1):	По 1 шт.

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения;</li> <li>– журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ;</li> <li>– журнал регистрации неправильно выписанных рецептов</li> </ul>	
5.	Рецептурные бланки согласно ситуациям	По 2 шт. на 1 аккредитуемого

#### 4.2.2. Расходные материалы

Таблица 4

##### Перечень расходного материала

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

#### 5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 5

##### Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на клонидин (табл.)
2.	В аптеку обратился посетитель (ветеран боевых действий) с рецептами на клоназепам (табл.)
3.	В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на фентанил (трансдермальная терапевтическая система)
4.	В аптеку обратился посетитель (инвалид) с рецептами на прегабалин (капс.)
5.	В аптеку обратился посетитель (участник Великой Отечественной войны) с рецептами на бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (табл.)
6.	В аптеку обратился посетитель (онкологический больной) с рецептами на тримеперидин (табл.)
7.	В аптеку обратился посетитель (инвалид войны) с рецептами на бензобарбитал (табл.)
8.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на фенобарбитал (табл.) для ребенка - инвалида
9.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на морфин (табл.) для онкологического больного
10.	В аптеку обратился посетитель с рецептами на бупренорфин (раствор для инъекций) для онкологического больного

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

## **6. Информация (брифинг) для аккредитуемого**

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

Задание:

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

## **7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала<sup>2</sup> на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)**

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Установка нужного сценария.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

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

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера (если предусмотрено сценарием станции).
4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.

---

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

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

6. Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).
7. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 6).
8. Соблюдение правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать требования.
9. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

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

Таблица 6

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

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

**9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции**

1. Положение об аккредитации специалистов – актуальный приказ Минздрава России на момент проведения процедуры аккредитации специалистов.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 9 марта 2016 г. № 91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор».
3. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».
4. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1093н «Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов».
5. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их



- изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».
6. Приказ Минздрава России от 17.06.2013 N 378н (ред. от 05.04.2018) «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения».
  7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 апреля 2014 г. N 183н «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету».
  8. Инструкции по применению лекарственных препаратов.
  9. <https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx>

### 10. Критерии оценивания действий аккредитуемого

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

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

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

### 11. Алгоритм выполнения навыка

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

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Номер ситуации (сценария)
1.	Ознакомиться с лекарственным препаратом (ЛП) в рецептах и определить принадлежность ЛП к спискам сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических и психотропных ЛП	1-10
2.	Обосновать выбор формы рецептурных бланков	1-10
3.	Определить правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	1-10
4.	Проверить наличие препарата в списке ЖНВЛП	1-10
	<b>Проконтролировать наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:</b>	
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	1-10
6.	Дата оформления рецепта	1-10
7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1,2,3,4,5,7,8
8.	ФИО полностью пациента	6,9,10
9.	Дата рождения пациента	1,2,3,4,5,7,8
10.	Возраст – количество полных лет	6,9,10

11.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1,2,3,4,5,7,8
12.	ФИО полностью медработника	6,9,10
13.	МНН ЛП на латинском или русском языке	1-10
14.	Дозировка ЛП	1-10
15.	Количество ЛП	1-10
16.	Способ применения ЛП	1-10
17.	Подпись и личная печать медицинского работника	1-10
	<b>Проконтролировать наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:</b>	
18.	Серия и номер бланка	1-10
19.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	1,2,3,4,5,7,8
20.	Номер медицинской карты	6,9,10
21.	Номер полиса ОМС	6,9,10
22.	Количество ЛП прописью	6,9,10
23.	ФИО и подпись уполномоченного лица медицинской организации	6,9,10
24.	Печать для рецептов	1-10
	<b>Проконтролировать наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):</b>	
25.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	1-10
26.	Код категории граждан	1-10
27.	Код нозологической формы (по МКБ)	1-10
28.	Источник финансирования и % оплаты	1-10
29.	Серия и номер бланка	1-10
30.	Дата оформления рецепта	1-10
31.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1-10
32.	Дата рождения пациента	1-10
33.	Номер СНИЛС пациента	1-10
34.	Номер полиса ОМС	1-10
35.	Номер медицинской карты	1-10
36.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1-10
37.	МНН ЛП на латинском или русском языке	1-10
38.	Дозировка ЛП	1-10
39.	Количество ЛП	1-10
40.	Способ применения ЛП	1-10
41.	Подпись и личная печать врача	1-10
42.	Печать для рецептов	1-10
	<b>Контроль отпуска</b>	
43.	Проверить количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. При превышении количества удостовериться в наличии надписи "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	3,6, 9,10
44.	Определить срок действия рецепта	1-10

45.	Указать на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	2,3,6,8,9,10
46.	Выдать ЛП (при отсутствии ошибок в оформлении рецепта) и сделать отметку в рецептах Или При наличии ошибок рецепты регистрируются в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт	1-10
<b>Предметно-количественный учет (ПКУ)</b>		
47.	Определить срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10
48.	Зарегистрировать отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10

## 12. Оценочный лист (чек-лист)

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

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

20.	Номер медицинской карты (нарк)	6,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Номер полиса ОМС (нарк)	6,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Количество ЛП прописью	6,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации	6,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Печать для рецептов	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
<b>Проконтролировал наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):</b>			
25.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
26.	Код категории граждан	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
27.	Код нозологической формы (по МКБ)	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
28.	Источник финансирования и % оплаты	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
29.	Серия и номер бланка	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
30.	Дата оформления рецепта	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
31.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
32.	Дата рождения пациента	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
33.	Номер СНИЛС пациента	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
34.	Номер полиса ОМС	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
35.	Номер медицинской карты	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
36.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
37.	МНН ЛП на латинском или русском языке	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
38.	Дозировка ЛП	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
39.	Количество ЛП	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
40.	Способ применения ЛП	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
41.	Подпись и личная печать врача	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
42.	Печать для рецептов	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
<b>Контроль отпуска</b>			
43.	Проверил количество наркотических средств или психотропных веществ, которое может быть выписано в одном рецепте. В случае превышения их количества удостоверился в наличии надписи: "По специальному назначению" с дополнительной подписью врача и печатью "Для рецептов"	3,6,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
44.	Определил срок действия рецепта	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
45.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	2,3,6,8,9,10	✓ да <input type="checkbox"/> нет
46.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных	1-10	✓ да <input type="checkbox"/> нет

	рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт		
<b>Предметно-количественный учет (ПКУ)</b>			
47.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

### 13. Медицинская документация (Приложение 1)

#### 14. Сведения о разработчиках паспорта

##### 14.1. Организации-разработчики:

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,  
Национальная фармацевтическая палата.

##### 14.2. Авторы-составители:

Косова И.В. – д.фарм.н., профессор кафедры управления и экономики фармации медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Лоскутова Е.Е. – д.фарм.н., зав. кафедрой управления и экономики фармации медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Неволина Е.В. – к.фарм.н., исполнительный директор Национальной фармацевтической палаты.

Приложение 1

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

\_\_\_\_\_  
(Наименование организации)

\_\_\_\_\_  
(Структурное подразделение)

**ЖУРНАЛ**  
учета операций, связанных с  
обращением лекарственных  
средств для медицинского  
применения  
№ \_\_\_\_\_

Начат « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

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





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



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

Руководитель (должность)

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

---

(Наименование учреждения (организации))

---

(Структурное подразделение)

# ЖУРНАЛ

регистрации неправильно выписанных  
рецептов  
№ \_\_\_\_\_

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Фармацевтическая экспертиза рецептов

№ п/п	Дата	Наименование медицинской организации	Ф.И.О. врача
1	2	3	4

Содержание рецепта	Нарушения	Принятые меры	Ф.И.О. специалиста аптечной организации
5	6	7	8



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

Руководитель (должность)

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.



(наименование юридического лица)

ЖУРНАЛ  
регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ

(наркотическое средство (психотропное вещество))

(название, дозировка, форма выпуска, единица измерения)

Номер и (или) дата документа, составленного при проведении инвентаризации, указывается расхождение между фактическим наличием и данными учета (книжным остатком) в случае его выявления		17	
Остаток на последний рабочий день месяца		16	
Расход	расход за месяц - всего	15	
	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	14	
	количество	13	
	наименование, N и дата расходного документа	12	
	номер операции по расходу	11	
	дата	10	
Приход с остатком за месяц - всего		9	
Приход	приход за месяц - всего	8	
	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	7	
	количество	6	
	наименование, N и дата приходного документа	5	
	номер операции по приходу	4	
	дата	3	
Остаток на первый рабочий день месяца		2	
Месяц		1	

## Приложение 2

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

### ЧЕК-ЛИСТ

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

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

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

\_\_\_\_\_  
ФИО члена АПК

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Отметка о внесении в базу (ФИО)

**ЧЕК-ЛИСТ**

II этап аккредитационного экзамена      Специальность Фармация  
 Дата \_\_\_\_\_      Номер кандидата \_\_\_\_\_  
 Номер ситуации 2, 8

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

27.	Номер полиса ОМС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Номер медицинской карты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Фамилия и инициалы ИО медработника	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	МНН ЛП на латинском или русском языке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дозировка ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Количество ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Способ применения ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Подпись и личная печать врача	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Печать для рецептов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>Контроль отпуска</b>		
36.	Определил срок действия рецепта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал ЛП и сделал отметку в рецептах ИЛИ При наличии ошибок рецепты зарегистрировал в журнале регистрации неправильно выписанных рецептов, отметил штампом "Рецепт недействителен" и вернул лицу, представившему рецепт	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>Предметно-количественный учет (ПКУ)</b>		
39.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

\_\_\_\_\_  
ФИО члена АПК

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Отметка о внесении в базу (ФИО)

**ЧЕК-ЛИСТ**

II этап аккредитационного экзамена      Специальность Фармация  
 Дата \_\_\_\_\_      Номер кандидата \_\_\_\_\_  
 Номер ситуации 3

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

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

\_\_\_\_\_  
ФИО члена АПК

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Отметка о внесении в базу (ФИО)

**ЧЕК-ЛИСТ**

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

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



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

\_\_\_\_\_  
ФИО члена АПК

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Отметка о внесении в базу (ФИО)