1. Комбинированные ЛП (Пенталгин –ICN, Пенталгин-Н, Коделанов, Теофедрин-Н), у которых нет МНН или группировочного наименования (см. в ГРЛС/инструкции по применению) выписываются по торговому наименованию. Каждый из этих ЛП зарегистрирован с единственным вариантом количества действующих веществ, кроме того, в ГРЛС дозировка для этих ЛП не указана (в разделе «форма выпуска» в графе дозировка – прочерк), поэтому в рецепте указывается только количество ЛП:

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Петров Н.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1971 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_ Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Tabl. "Pentalginum-ICN" N 6

*D.S.* *Внутрь по 1 таблетке два раза в день, в течение 3 дней*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Петров Н.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1971 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Tabl. "Pentalginum-Н" N 10

*D.S.* *Внутрь по 1 таблетке два раза в день, в течение 3 дней*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Петров Н.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1971 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_ Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Tabl. "Codelanovum" N 10

*D.S.* *Внутрь по 1 таблетке три раза в день, в течение 5 дней*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Петров Н.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1971 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_ Андреева А.А \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Tabl. "Theophedrinum-Н” N 10

*D.S.* *Внутрь 2 таблетки однократно для купирования приступа бронхиальной астмы*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

1. Комбинированные ЛП (Седальгин-Нео, Седал-М, Омнадрен 250 и Залдиар) имеют группировочные наименования, поэтому выписываются по группировочному наименованию.

**Седальгин-Нео и Седал-М выписываются одинаково.** Эти ЛП зарегистрированы с единственным вариантом количества действующих веществ, кроме того, в ГРЛС дозировка для этих ЛП не указана (в разделе «форма выпуска» в графе дозировка – прочерк), поэтому в рецепте указывается только количество ЛП:

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Петров Н.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1951 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_ Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Codeini + Coffeini + Methamizoli natrii + Paracetamoli + Phenobarbitali

*D.t.d. № 10 in tab.*

*S.* *Внутрь по одной таблетке два раза в сутки во время еды, в течение 3 дней*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Залдиар:** несмотря на то, что Залдиар зарегистрирован с единственным вариантом количества действующих веществ, в ГРЛС (в разделе «форма выпуска» в графе дозировка) указана их дозировка, поэтому в рецепте также должна быть указана дозировка действующих веществ:

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 └─┘└─┘└─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

 **РЕЦЕПТ** «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Кузнецов А.В.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1951 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *365*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_ Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Paracetamoli 325 mg + Tramadoli 37,5 mg

*D.t.d. № 10 in tab. obd.*

*S.* *Внутрь по одной таблетке два раза в день, в течение 5 дней. Проглотить целиком, запивая большим количеством воды, не разламывать, не разжевывать*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней

**Омнадрен 250 (**аналогично выписывается и **Сустанон 250):** выписывается по группировочному наименованию, весь состав указывать не надо, тем более, что ЛП зарегистрирован только в одном составе. Поскольку в ГРЛС (в разделе «форма выпуска» в графе дозировка) указана дозировка, она указывается и в рецепте:

Министерство здравоохранения

 Российской Федерации

 Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document?id=79139&sub=0) 3108805

 Медицинская документация

 Н аименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

 медицинской организации Утверждена [приказом](#sub_0)

 Министерства здравоохранения

 Наименование (штамп) Российской Федерации

 индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. № 4н

 (указать адрес, номер и дату лицензии,

 наименование органа государственной

 власти, выдавшего лицензию)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

 Серия |*0||0||1||2|* №*|2||4||5||3||5*|

 «\_*15*\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_*19*\_ г.

 (дата оформления рецепта)

 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

 пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_–Иванов П.Р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения\_*26.10.1961 г.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

 получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 *879*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 врача (фельдшера, акушерки) \_\_ Андреева А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Rp: Sol. Testosteroni (mixtionis Aetherum) oleosae 250 mg/1 ml- 1 ml

*D.t.d. № 5 in amp.*

*S.* *Внутримышечно 1 ампула в неделю в течение 5 недель*

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─



 Подпись и печать лечащего врача Андреева М.П.

 (подпись фельдшера, акушерки)

 Рецепт действителен в течение 15 дней