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](mailto: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-](mailto:Tabl.@Pentalginum-ICN@)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](mailto:Tabl.@Pentalginum-ICN@)" 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