

№ ФАРМ-18

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Бидарова Ф.Н., Бозрова Д.М., Рубаева З.В

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ ПО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»
(ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА 10 СЕМЕСТРА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 33.05.01 Фармация,

утвержденной 24.05.2023 г.

Владикавказ, 2023 г.

Содержание

1. Цели и задачи практики
2. Организация практики
3. Распределение часов по видам работ
4. Рекомендуемый объем работ и уровни усвоения
5. Правила оформления дневника
6. Содержание практики
7. Организация и контроль самостоятельной работы
8. Перечень контрольных вопросов
9. Подведение итогов практики (критерии оценки)

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Целью учебной практики является закрепление и развитие профессиональных умений и практических навыков провизора.

Задачи учебной практики:

Закрепить и углубить знания в области фармации в качестве провизора

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИКИ

Учебная практика (УП) «Обучающий симуляционный курс» студентов является составной частью основной ОПОП ВО по специальности 33.05.01 Фармация.

Прохождение практики базируется на знаниях, полученных при изучении специальных дисциплин.

3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ ПО ВИДАМ РАБОТ

Вид учебной работы		Всего часов/ зачетных единиц	Семестры
			10
			часов
1		2	3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		72/2	72
Практические занятия (ПЗ)		-	-
Семинары (С)		-	-
Самостоятельная работа (СР), в том числе:		36/1	36
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)	3	3
	экзамен (Э)	-	-
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.		108
	ЗЕТ	3	

4. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОБЪЕМ РАБОТ И УРОВНИ УСВОЕНИЯ

№ п/п	Код формируемой компетенции	Практические навыки, умения, манипуляции	Уровень овладения
1	2	3	4
1.	ОПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10	1. Уметь пользоваться нормативно-правовой документацией и документацией делопроизводства в области отпуска и реализации лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента через фармацевтические и медицинские организации. 2. Уметь пользоваться нормативно-правовой документацией при обеспечении хранения лекарственных средств для медицинского применения и других товаров аптечного	III, IV

		ассортимента. 3. Уметь пользоваться нормативно-правовой документацией при проведении приемочного контроля лекарственных средств для медицинского применения и других товаров аптечного ассортимента. 4. Уметь пользоваться нормативно-правовой документацией, справочными системами и профессиональными базами данных в области фармацевтического информирования и консультирования при отпуске и реализации лекарственных препаратов для медицинского применения и других товаров аптечного ассортимента. 5. Владеть навыками решения задачи профессиональной деятельности при осуществлении отпуска и реализации лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента через фармацевтические и медицинские организации. 6. Владеть навыками при обеспечении хранения лекарственных средств для медицинского применения и других товаров аптечного ассортимента. 7. Владеть навыками при проведении приемочного контроля лекарственных средств для медицинского применения и других товаров аптечного ассортимента. 8. Владеть навыками оказания фармацевтического консультирования и информирования при отпуске и реализации лекарственных препаратов для медицинского применения и других товаров аптечного ассортимента.	
--	--	---	--

Уровень овладения в соответствии с уровнем участия:

1 – теоретическое знание манипуляции

2 – участие в выполнении манипуляции

3 – практическое выполнение манипуляции под контролем

4 – самостоятельное выполнение манипуляции

5. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ДНЕВНИКА

На титульной странице указывается: фамилия, имя, отчество студента, специальность, год обучения, полное название базы практики, адрес, фамилия и инициалы руководителя практики, ставится его подпись, даты начала и окончания практики.

В первый день работы дается краткая характеристика базы практики.

Далее следует описание рабочего дня. Записи должны быть краткими, четкими, отражать весь объем выполненной работы с указанием количества выполненных манипуляций. Характер и объем работы определяется руководителем.

Дневник ежедневно заверяется подписью непосредственного руководителя. При подведении итогов учебной практики общее количество манипуляций суммируется и выносится в соответствующие графы сводного отчета. Там же отражается достигнутый уровень выполнения практических умений.

Дневник ежедневно заверяется подписью непосредственного руководителя – научно-педагогического работника кафедры фармации.

6. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

№ п/п	№ семе стра	Наименование темы (раздела) практики	Кон т. рабо та	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1.	10	Проведение приемочного контроля поступающих в организацию лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.	14	6	20
2.		Обеспечение хранения лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.	7	4	11
3.		Оптовая, розничная торговля, отпуск лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента.	21	10	31
4.		Информирование населения и медицинских работников о лекарственных препаратах и других товаров аптечного ассортимента.	21	10	31
5.		Объективный структурированный практический экзамен	6	3	9
6.		Зачет по учебной практике	3	3	6
ИТОГО:			72	36	108

7. ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНТРОЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Наименование раздела учебной практики	Виды самостоятельной работы	Формы контроля
1.	Подготовительный этап, включающий инструктаж по технике безопасности	Написание и оформление дневника	Собеседование по технике безопасности
2.	Ознакомление с учреждением	Прорабатывание учебного материала НД, дополнительной литературы	Дневник практики
3.	Обработка фактического и литературного материала	Изучение документации по контролю качества лекарственных средств	Дневник практики Собеседование
4.	Подготовка отчета по	Изучение основной и	Дневник

	практике	дополнительной литературы по вопросам контроля качества лекарственных средств	практики Собеседование
--	----------	---	---------------------------

8. ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ

1. Проведение приемочного контроля поступающих в организацию лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.
2. Обеспечение хранения лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.
3. Оптовая, розничная торговля, отпуск лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента.
4. Информирование населения и медицинских работников о лекарственных препаратах и других товаров аптечного ассортимента.
5. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Трамадол».
6. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Диазепам».
7. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Промедол» (онкологическому больному).
8. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Тропикамид» (глазные капли).
9. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Седалгин» (40 таблеток).
10. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Просидол» (онкологическому больному).
11. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Бензобарбитал».
12. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Трамадол» (ребенку-инвалиду).
13. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Бупренорфин» (онкологическому больному).
14. Провести экспертизу рецепта, оформить эту процедуру и сделать заключение об отпуске препарата «Левомепромазин» (инвалиду II группы).
15. Провести приемку препарата «Вакцина гепатита В рекомбинантная (рДНК)» 20 мкг/мл, 10 мл №10 в амп. – 30 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
16. Провести приемку воды минеральной лечебно-столовая «Ессентуки №4» 0,5л – 100 бут. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
17. Провести приемку препарата «Морфин 1%» № 5 в амп. – 100 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
18. Провести приемку препарата «р-р мильгаммы» 2 мл 5амп. – 100 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
19. Провести приемку препарата «Цефекон Д 50 мг» № 10 суппозитории ректальные для детей – 40 шт. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
20. Провести приемку препарата «Анатоксин стафилококковый очищенный жидкий», 1 мл №10 в амп. – 30 шт. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
21. Провести приемку препарата «Листья эвкалипта» 50г – 100 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
22. Провести приемку препарата «Листья брусники» 100г – 100 шт. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
23. Провести приемку препарата «Элениум» табл. 10 мг № 25 – 20 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).

24. Провести приемку препарата «Энтеросгель», паста для приема внутрь 225 г – 430 уп. (проверить, оформить и разместить на место хранения).
25. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Каффетин».
26. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске этилового спирта.
27. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Сумамед».
28. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске антибактериального препарата .
29. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске таблеток с кодеином.
30. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Димедрол».
31. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Итразол».
32. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Вольтарен» р-р для в/м.
33. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Назонекс»
34. Провести фармацевтическое консультирование при отпуске препарата «Феназепам».

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО ПРАКТИЧЕСКОГО **ЭКЗАМЕНА**

Приемочный контроль, хранение и первичный учет ЛП и других товаров аптечного ассортимента

1 Цель: Демонстрация студентом навыка проведения приемочного контроля поступающих лекарственных препаратов (ЛП) и других товаров аптечного ассортимента и проверки сопроводительных документов в установленном порядке, в том числе определение показателей приемочного контроля; необходимости предоставления дополнительных документов (протокола согласования цен для ЖНВЛП) и перечня документов, подтверждающих качество товара. Регистрация результатов приемочного контроля поступающих ЛП и других товаров аптечного ассортимента в установленном порядке в учетной документации, в том числе в «Акте об установленном расхождении по количеству и качеству при приемке товарно-материальных ценностей».

Размещение товаров на хранение с учетом их физико-химических свойств, требований к условиям, режиму хранения особых групп лекарственных средств.

2. Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень зон (помещений), мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Перечень зон (помещений) станции: — Зона приемки товара (стол промаркирован «Зона приемки товара»; — Зона карантинного хранения; Шкафы или стеллажи, имеющие четкую идентификацию*; — Медицинские изделия; — Лекарственный растительный препарат (ЛРП); — ЛП для внутреннего применения; — ЛП для наружного применения; — Минеральные воды; — Металлический шкаф с замком. Сейфы и холодильники (или их имитация) имеющие четкую идентификацию*; — Холодильник (+8 +15° С); — Холодильник (+2 +8°С); — Сейф. <i>*Дополнительные наименования допускаются, но перечисленные выше для единообразия в целях единого экзамена, должны быть представлены.</i>	по 1 шт.
2.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
3.	Стул	1 шт.
4.	Компьютер с выходом в Интернет и доступом к актуальной нормативно-правовой базе (Перечень ЖНВЛП)	1 шт.

5.	Термоконтeйнер (или его имитация)	1 шт.
6.	Гигрометр (или его имитация) для учета параметров микроклимата помещений	1 шт.
7.	Термометр (или его имитация) для учета параметров микроклимата помещений	1 шт.
8.	Имитации штампа приемки и круглой печати аптечной организации	по 1 шт.
9.	Образцы товаров (или муляжи или распечатанное описание образцов товаров) (Приложение 1)	по 1 шт.
10.	Товарные накладные (Приложение 2)	по 1 шт.
11.	Пустой бланк Акта об установленном расхождении по количеству и качеству при приемке товарно-материальных ценностей (Приложение 2)	1 шт.
12.	Журналы (имитация) для регистрации (Приложение 3): – журнал регистрации результатов приемочного контроля; – журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения; – журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ; – журнал учета движения иммунобиологических препаратов	по 1 шт.

1. Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Ситуация (сценарий)
1.	Принять в аптеке партию товара: Вакцина гепатита В рекомбинантная (рДНК) 20 мкг/мл ампулы 10 мл №10 30 упаковок
2.	Принять в аптеке партию товара: Нарзан вода минеральная лечебно-столовая 0,5л 100 бутылок
3.	Принять в аптеке партию товара: Морфин р-р д/и 1% ампулы 1мл №5 100 упаковок
4.	Принять в аптеке партию товара: Диклофенак мазь 1% 30г 50 упаковок
5.	Принять в аптеке партию товара: Папаверин суппозитории ректальные 20мг №10 20 упаковок
6.	Принять в аптеке партию товара: Анатоксин стафилококковый очищенный жидкий ампулы 1мл №10 30 упаковок

7.	Принять в аптеке партию товара: Феназепам тб. 1 мг №50 100 упаковок
8.	Принять в аптеке партию товара: Брусники листья пачка 50г 100 упаковок
9.	Принять в аптеке партию товара: Элениум тб. 10 мг №50 20 упаковок
10.	Принять в аптеке партию товара: Энтеросгель паста для приема внутрь 225 г 430 упаковок

4.Информация (брифинг) для студента

Вы сотрудник аптечной организации, сейчас Ваша зона ответственности

«Приемочный контроль, хранение и первичный учет ЛП и других товаров аптечного ассортимента».

В зоне приемки находится партия товара, которая принята по количеству мест:

Вам необходимо провести приемочный контроль полученного товара, документально оформить факт приемки и разместить товары на хранение.

Порядок Ваших действий необходимо озвучить.

1. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка.

№ п/п	Действие студента
1.	<i>Ознакомиться с накладной:</i>
	Проверить наименование и характеристики товара (лекарственную форму, дозировку, расфасовку; количество поступившего товара)
	Сверить данные накладной с фактически поступившим товаром
2.	<i>Уточнить и охарактеризовать необходимость особых условий при приёмке товара:</i>
	Уточнить и охарактеризовать особенности перевозки и приемки ЛП, входящих в перечень наркотических и психотропных веществ, подлежащих контролю в РФ
	Уточнить и охарактеризовать особенности перевозки и приемки иммунобиологических лекарственных препаратов
3.	<i>Определить документы, подтверждающие качество принимаемого товара</i>
4.	<i>Оценить необходимость протокола согласования цен на полученные ЛП:</i>
	Рассказать входит ли полученный ЛП для медицинского применения в перечень ЖНВЛП на текущий год
	Сделать заключение о наличии протокола согласования цен в комплекте сопроводительной документации, полученной при приемке товара
	<i>Провести контроль по упаковке:</i>

5.	Проверить целостность упаковки и ее соответствие физико-химическим свойствам ЛП
6.	Провести контроль маркировки вторичной упаковки:
	Озвучить обязательные элементы маркировки упаковки данного товара
	Сделать заключение об их наличии на поступившем товаре
7.	Провести контроль маркировки первичной упаковки:
	Озвучить обязательные элементы маркировки первичной упаковки данного товара
	Сделать заключение об их наличие на поступившем товаре
8.	Проконтролировать соответствие первичной и вторичной упаковки;
	Уточнить ситуации, когда вторичную упаковку можно вскрыть
9.	Зарегистрировать факт приемки товара в накладной:
	Озвучить, что если количество и качество товаров аптечного ассортимента соответствует указанному в сопроводительных документах, то на сопроводительных документах (накладной) проставляется штамп приемки.
	Материально ответственное лицо, осуществляющее приемку товаров, ставит свою подпись на сопроводительных документах и заверяет ее печатью аптечной организации
10.	Зарегистрировать товар в Журнале результатов приемочного контроля/информационной системе МДЛП:
	Указать на Журнал результатов приемочного контроля
	Озвучить, что ЛП с нанесенным контрольным знаком идентификации (ДатаМатрикс) требует внесения сведений о нем в систему МДЛП (мониторинга движения лекарственных препаратов)
11.	Сделать заключение о необходимости регистрации полученного товара в Журнале учёта движения ИЛП:
	При необходимости ведения учета товара в данном журнале:
	Указать на Журнал учета движения ИЛП
	Уточнить, что при приемке ИЛП необходимо осуществлять контроль показаний приборов контроля температуры, вложенных в термоконтейнер. Показания каждого прибора с указанием его персонифицированного номера регистрируются в Журнале учета движения ИЛП
12.	Сделать заключение о необходимости ПКУ полученного товара:
	При необходимости ведения ПКУ выбрать соответствующий документ:
	Указать на журнал и сделать заключение о необходимости регистрации товара в Журнале учёта операций, связанных с обращением ЛС для медицинского применения
	Указать на журнал и сделать заключение о необходимости регистрации товара в Журнале регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ
13.	Охарактеризовать причины количественных расхождений при приемке товаре
	Отразить количественные расхождения в учетной документации

14.	В случае боя, порчи, недостачи, отсутствия правильно оформленных документов количественные расхождения отражаются в Акте об установленном расхождении по количеству и качеству при приемке товарно-материальных ценностей
15.	Охарактеризовать причины качественных расхождений при приемке товара
	Отразить качественные расхождения в учетной документации: В случае обнаружения недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных ЛС качественные расхождения отражаются в Акте об установленном расхождении по количеству и качеству при приемке товарно-материальных ценностей
16.	<i>Рассказать, что в случае количественных и качественных расхождений товары размещаются в карантинной зоне</i>
17.	<i>Разместить принятый товар на хранение</i> с учетом его физико-химических свойств, требований к условиям, режиму хранения особых групп лекарственных средств

2. Критерии оценивания

В чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий студента осуществляется с помощью галочки

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.
- Студент должен набрать не менее 70% правильных ответов

№ п/п	Действия студента	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Ознакомился с накладной (наименование и характеристики товара: лекарственная форма, дозировка, расфасовка; его количество)	1-10	√ да нет
2.	Правомерно обосновал требования о необходимости особых условий поставки и приемки товара	1-10	√ да нет
3.	Правильно определил документы, подтверждающие качество принимаемого товара	1-10	√ да нет
4.	Проверил протокол согласования цен на поступивший товар, обосновал его наличие/отсутствие	1-10	√ да нет
5.	Провел контроль по упаковке (целостность и ее соответствие физико-химическим свойствам ЛП)	1-10	√ да нет
6.	Провел контроль маркировки вторичной упаковки	1-10	√ да нет
7.	Провел контроль маркировки первичной упаковки	1-10	√ да нет
8.	Проконтролировал соответствие первичной и вторичной упаковки; уточнил ситуации, когда вторичную упаковку можно вскрыть	1-10	√ да нет
9.	Правильно зарегистрировал приемку в товарной накладной	1-10	√ да нет

10.	Правильно зарегистрировал в журнале результатов приемочного контроля/информационной системе МДЛП	1-10	√ да нет
11.	Правильно зарегистрировал в журнале учёта движения ИЛП	1,6	√ да нет
12.	Правильно сделал заключение о необходимости/отсутствии необходимости ПКУ для данного товара	1-10	√ да нет
13.	Правильно использовал журнал учёта операций, связанных с обращением ЛС для медицинского применения	7	√ да нет
14.	Правильно использовал журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ	3,9	√ да нет
15.	Правильно охарактеризовал и отразил количественные расхождения	1-10	√ да нет
16.	Правильно охарактеризовал и отразил качественные расхождения	1-10	√ да нет
17.	Правильно разместил товары в карантинной зоне в случае количественных и качественных расхождений	1-10	√ да нет
18.	Правильно разместил принятые товары на хранение	1-10	√ да нет
19.	При ответе ссылался на актуальную нормативную документацию	1-10	√ да нет

Фармацевтическая экспертиза рецептов

1. **Цель:** Демонстрация студентом 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.

2. 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 № 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 2): ☐ журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения; ☐ журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ; ☐ журнал регистрации неправильно выписанных рецептов	По 1 шт.
5.	Рецептурные бланки согласно ситуациям	По 2 шт. на 1 аккредитуемого

3. 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 фенobarбитал (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

4. Информация (брифинг) для студента

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.

5. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка .

№	Действие студента	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
	Проконтролировать наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:	

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
	Проконтролировать наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного бланка:	
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
	Проконтролировать наличие реквизитов бланка для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):	
25.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса, телефона и кода 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
	Контроль отпуска	
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
	Предметно-количественный учет (ПКУ)	
47.	Определить срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10
48.	Зарегистрировать отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10

6. Чек-лист используется для оценки действий студента при прохождении станции.

В чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий студентом осуществляется с галочки:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.
- Студент должен набрать не менее 70% правильных ответов

№	Действие студента	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 нет
2.	Обосновал выбор форм рецептурных бланков	1-10	√ да нет
3.	Определил правомерность назначения ЛП бесплатно или со скидкой	1-10	√ да нет
4.	Проверил наличие препарата в списке ЖНВЛП	1-10	√ да нет
Проконтролировал наличие обязательных реквизитов основного рецептурного бланка:			
5.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона	1-10	√ да нет
6.	Дата оформления рецепта	1-10	√ да нет

7.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1,2,3,4,5,7,8	√ да	нет
8.	ФИО полностью пациента	6,9,10	√ да	нет
9.	Дата рождения пациента	1,2,3,4,5,7,8	√ да	нет
10.	Возраст – количество полных лет	6,9,10		
11.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1,2,3,4,5,7,8	√ да	нет
12.	ФИО полностью медработника	6,9,10	√ да	нет
13.	МНН ЛП на латинском или русском языке	1-10	√ да	нет
14.	Дозировка ЛП	1-10	√ да	нет
15.	Количество ЛП	1-10	√ да	нет
16.	Способ применения ЛП	1-10	√ да	нет
17.	Подпись и личная печать медицинского работника	1-10	√ да	нет
Проконтролировал наличие дополнительных реквизитов основного рецептурного				
бланка:				
18.	Серия и номер бланка	1-10	√ да	нет
19.	Адрес места жительства или номер медицинской карты	1,2,3,4,5,7,8	√ да	нет
20.	Номер медицинской карты (нарк)	6,9,10	√ да	нет
21.	Номер полиса ОМС (нарк)	6,9,10	√ да	нет
22.	Количество ЛП прописью	6,9,10	√ да	нет
23.	Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации	6,9,10	√ да	нет
24.	Печать для рецептов	1-10	√ да	нет
Проконтролировал наличие реквизитов бланка				
для льготного отпуска ЛП 148-1/у-04(л):				
25.	Штамп медицинской организации с указанием наименования, адреса и телефона и код медицинской организации	1-10	√ да	нет
26.	Код категории граждан	1-10	√ да	нет
27.	Код нозологической формы (по МКБ)	1-10	√ да	нет
28.	Источник финансирования и % оплаты	1-10	√ да	нет
29.	Серия и номер бланка	1-10	√ да	нет
30.	Дата оформления рецепта	1-10	√ да	нет
31.	Фамилия и инициалы ИО пациента	1-10	√ да	нет
32.	Дата рождения пациента	1-10	√ да	нет
33.	Номер СНИЛС пациента	1-10	√ да	нет
34.	Номер полиса ОМС	1-10	√ да	нет
35.	Номер медицинской карты	1-10	√ да	нет
36.	Фамилия и инициалы ИО медработника	1-10	√ да	нет
37.	МНН ЛП на латинском или русском языке	1-10	√ да	нет
38.	Дозировка ЛП	1-10	√ да	нет
39.	Количество ЛП	1-10	√ да	нет
40.	Способ применения ЛП	1-10	√ да	нет
41.	Подпись и личная печать врача	1-10	√ да	нет
42.	Печать для рецептов	1-10	√ да	нет
Контроль отпуска				

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 нет
44.	Определил срок действия рецепта	1-10	√ да нет
45.	Указал на дополнительные условия: право отпуска; паспорт, доверенность, сигнатура	2,3,6,8,9,10	√ да нет
46.	При отсутствии ошибок в оформлении рецепта выдал	1-10	√ да нет
	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		
Предметно-количественный учет (ПКУ)			
47.	Определил срок хранения рецептов в случае отпуска ЛП	1-10	√ да нет
48.	Зарегистрировал отпуск ЛП в журналах ПКУ (в случае отпуска)	1-10	√ да нет

Фармацевтическое консультирование потребителей

1. **Цель:** Демонстрация студентом своего умения идентифицировать лекарственный препарат (далее – ЛП) в соответствии с порядком отпуска (по рецепту или без рецепта врача), определять проблему и анамнестические особенности пациента, в соответствии полученными от пациента данными, предлагать различные варианты замены на ЛП, отпускаемые без рецепта врача из предложенного списка. В случае отпуска ЛП по рецепту врача, предлагать различные торговые наименования выписанного в рецепте лекарственного препарата из предложенного списка. Квалифицированно отвечать на вопросы по действию конкретного препарата, схеме и курсе его применения, побочным эффектам, ассортименту торговых наименований, хранению и т.д.

2. Перечень мебели и прочего оборудования:

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Прилавок торговый (допускается имитация)	1 шт.
2.	Витрина торговая стеклянная (допускается имитация)	1 шт.
3.	Персональный компьютер с выходом в Интернет и доступом к актуальной нормативно-правовой базе (в обязательном порядке к ГРЛС, перечню ЖНВЛП, перечню препаратов, подлежащих ПКУ, актуальным инструкциям по применению лекарственных препаратов)	1 шт.
4.	Список препаратов для симулированной аптеки (приложение 1)	1 шт.
5.	Рецепты для симулированного пациента (приложение 2)	2 шт.
№ п/п	Симуляционное оборудование	Характеристики симуляционного оборудования
1.	Муляжи-упаковки лекарственных препаратов (в соответствии со списком препаратов в приложении 1) Представлены на витрине в открытой остекленной зоне для препаратов, отпускаемых без рецепта врача, и в зоне для рецептурных препаратов, закрытой для обозрения посетителя	Упаковка лекарственного препарата (допускается имитация, которая должна максимально соответствовать упаковке реального лекарственного

		препарата визуально, графически (этикетка) и по размерам; допускается использование изображения упаковки препарата только на лицевой стороне)
2.	Инструкции по применению лекарственного препарата (для препаратов-выбора симулированным пациентом) Находятся на прилавке	Официальные инструкции по применению лекарственного препарата или их распечатка из официального источника

3. Перечень ситуаций (сценариев) станции:

№ п/п	Название ситуации (сценарий)
1.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат для ребенка от температуры 38,5°C
2.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при пищевом отравлении
3.	Беременная посетительница с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при ОРВИ
4.	Посетитель с просьбой порекомендовать лекарственный препарат для ребенка при дерматите
5.	Посетительница с просьбой порекомендовать лекарственный препарат при хронической венозной недостаточности
6.	Посетитель с просьбой порекомендовать витаминно-минеральный комплекс
7.	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта сироп Аскорил экспекторант для ребенка
8.	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта таблетки Мидокалм
9.	Посетительница с рецептом на Эналаприл 10 мг в таблетках
10.	Посетительница с рецептом на Амоксициллин+Клавулановая кислота 500+125мг в таблетках

4. Информация (брифинг) :

Вы – сотрудник аптечной организации, список лекарственных препаратов симулированной аптеки есть внутри станции. Сейчас Ваша зона ответственности – **ТОРГОВЫЙ ЗАЛ**, где около витрины ожидает один посетитель, других посетителей нет. Задание: необходимо помочь ему с выбором лекарственного препарата. Все необходимые сведения можно получить в процессе общения с ним. Симулированный посетитель аптеки уполномочен отвечать на Ваши вопросы, а также задать Вам несколько вопросов, помогающих раскрыть Ваши профессиональные знания.

5. Базовые легенды и препараты выбора:

№ п/п	Ситуация	Посещение врача, наличие рецепта	Причина обращения в аптеку	Анамнестические особенности	Прием других ЛП	Препарат выбора
1	Посетитель с просьбой порекомендовать ЛП для ребенка от температуры 38,5	К врачу не обращались, рецепт отсутствует	Температура 38,5. Длительность температуры 2 дня	Пациент: ребенок 3-х лет. Другие симптомы: насморк	Ксилометазолин	Нурофен сироп
2	Посетитель с просьбой порекомендовать ЛП при пищевом отравлении	К врачу не обращался, рецепт отсутствует	Пищевое отравление. Симптомы: слабость, тошнота, рвота, боли в животе, частый жидкий стул	Нет	Нет	Полисорб МП
3	Беременная посетительница с просьбой порекомендовать ЛП при ОРВИ	К врачу не обращалась, рецепт отсутствует	ОРВИ	Пациент: взрослая пациентка, беременность срок 20 недель (II триместр)	Нет	Виферон
4	Посетитель с просьбой порекомендовать ЛП для ребенка при дерматите	К врачу не обращались, рецепт отсутствует	Дерматит. Симптомы: покраснение, сыпь, отек на коже в области ношения подгузника	Пациент: ребёнок 7 месяцев	Нет	Бепантен

5	Посетительница с просьбой порекомендовать ЛПП при хронической венозной недостаточности	К врачу не обращалась, рецепт отсутствует	Хроническая венозная недостаточность. Симптомы: тяжесть в ногах, усталость, боль, усиливающаяся после длительного нахождения в вертикальном положении, проходящие отеки	Нет	Нет	Детралекс
6	Посетитель с просьбой порекомендовать витаминно-минеральный комплекс	К врачу не обращался, рецепт отсутствует	Витаминно-минеральный комплекс при повышенных физических и умственных нагрузках	Нет	Нет	Компливит
7	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта сироп Аскорил экспекторант для ребенка	К врачу не обращались, рецепт отсутствует	Сироп Аскорил экспекторант. Симптомы: сильный продуктивный кашель	Пациент: ребёнок 10 лет	Лизобакт	АЦЦ
8	Посетитель с просьбой отпустить без рецепта таблетки Мидокалм	К врачу обращался ранее, сейчас рецепт отсутствует	Мидокалм в таблетках. Симптомы: боль в мышцах спины	Пациент: взрослый, в анамнезе ишемическая болезнь сердца	Метопролол	Кеторол гель
9	Посетительница с рецептом на Эналаприл 10 мг в таблетках	К врачу обращалась. Рецепт оформлен в соответствии с требованиями	Эналаприл 10 мг в таблетках, применять 2 раза в день	Пациент: взрослый, в анамнезе артериальная гипертензия; застойная хроническая сердечная недостаточность	Индапамид	Эналаприл

10	Посетительница с рецептом на Амоксициллин + Клавulanовая кислота 500+125мг в таблетках	К врачу обращалась. Рецепт оформлен в соответствии с требованиями	Амоксициллин + Клавulanовая кислота 500+125мг в таблетках, применять 3 раза в день. Курс 7 дней	Пациент: взрослый, в анамнезе внебольничная пневмония	Амброксол	Амоксиклав
----	--	---	---	---	-----------	------------

6. Примерные действия, тексты вводной информации в рамках диалога симулированного пациента и экзаменуемого:

Ситуации (сценарии) 1-6: Фармацевтическое консультирование по симптомам

№ п/п	Примерный текст вводной информации, действия симулированного пациента	Действие экзаменуемого (примерные варианты ответов)
1.	<i>Подойти к экзаменуемому</i>	«Здравствуйте, требуется ли вам консультация специалиста?»
2.	«Здравствуйте. Посоветуйте мне, пожалуйста, препарат при...» (в соответствии с номером ситуации (сценария) и легендой – табл. 6) Например: «при дерматите» - для ситуации (сценария) №4	«Обращались ли Вы к врачу по этому поводу, есть ли у Вас рецепт?»
3.	«К врачу не обращался(лась), рецепта нет»	«В связи с отсутствием назначения врача, я могу Вам порекомендовать только препараты, отпускаемые без рецепта»
4.	<i>Ответить на вопросы аккредитуемого в соответствии с легендой пациента в зависимости от номера ситуации (сценария) – табл. 6</i> Например: «Беспокоит покраснение, сыпь, отек на коже в области ношения подгузника. Других симптомов и заболеваний нет, других лекарственных препаратов не принимает. Препарат приобретается для ребёнка 7 месяцев.» - для ситуации (сценария) №4	«Расскажите имеются ли другие жалобы, симптомы или заболевания?» «Уточните, пожалуйста, для кого приобретается препарат: взрослый или ребенок (уточнить возраст ребенка при необходимости)?» «Применяете ли на данный момент другие препараты?» «Есть ли особые состояния здоровья: беременность, кормление грудью?»

5.	«Порекомендуйте мне, пожалуйста, препараты из ассортимента аптеки»	«На основе, полученной от Вас информации, я могу порекомендовать Вам препарат... препарат ... препарат ...» (в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)
6.	«Расскажите, как действуют рекомендованные Вами препараты при моих симптомах?»	«Предложенные препараты...» (объяснить действие предложенных ЛП)
7.	«Я бы хотел(а) приобрести...» (в соответствии с информацией для симулированного пациента – табл. 6)	Найти упаковку-муляж данного препарата и действующую инструкцию по применению
8.	«В каких лекарственных формах данный препарат в наличии в аптеке?»	«Данный препарат в наличии в аптеке в виде...» (в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)
9.	«Расскажите, пожалуйста, как применяется данный препарат?»	«Данный препарат применяется по ... таблетки/миллилитров ... раз в сутки» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
10.	«Есть ли особенности применения в зависимости от приёма пищи?»	«Препарат применяется ...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
11.	«Как долго мне применять данный препарат?»	«Курс применения данного препарата ... дней» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП) «При сохранении симптомов или ухудшении состояния, рекомендую Вам обратиться к врачу»
12.	«Какие побочные эффекты могут развиваться при применении данного лекарственного препарата?»	«При применении данного препарата могут развиваться...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
13.	«Что делать при возникновении побочных эффектов при применении препарата, которые не описаны в инструкции?»	«В случае развития тяжелых побочных эффектов прекратить приём препаратов и обратиться к врачу» «При возникновении побочных эффектов, которые не описаны в инструкции, необходимо обратиться к врачу/в аптеку/в Росздравнадзор для их регистрации»
14.	«Как хранить данный препарат?»	«Данный препарат хранится при температуре не выше ...градусов, в сухом, защищённом от детей месте» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП) «Остались ли у Вас вопросы?»
15.	«Мне все понятно, спасибо!»	«В таком случае, предлагаю Вам оплатить препарат»

**Примерные действия, тексты вводной информации в рамках диалога
симулированного пациента и экзаменуемого**

**Ситуации (сценарии) 7-8: Фармацевтическое консультирование при
отсутствии рецепта от врача**

№ п/п	Примерный текст вводной информации, действия симулированного пациента	Действие экзаменуемого (примерные варианты ответов)
1.	<i>Подойти к экзаменуемому</i>	«Здравствуйте, требуется ли Вам консультация специалиста?»
2.	«Здравствуйте. Помогите, пожалуйста, мне нужен...» (в соответствии с номером ситуации (сценария) и легендой – табл. 6) Например: «сироп Аскорил экспекторант» – для ситуации (сценария) №7	«Обращались ли Вы к врачу по этому поводу, есть ли у Вас рецепт?»
3.	«К врачу не обращался(лась), рецепта нет»	«В связи с отсутствием назначения врача, я могу вам порекомендовать только препараты, отпускаемые без рецепта»
4.	<i>Ответить на вопросы аккредитуемого в соответствии с легендой пациента в зависимости от номера ситуации (сценария) – табл. 6</i> Например: «Беспокоит сильный продуктивный кашель. Препарат приобретается для ребёнка 10 лет. Других заболеваний не имеет, принимает Лизобакт» – для ситуации (сценария) №7	«Поясните, пожалуйста, в связи с какими симптомами или заболеваниями планировалось применение данного препарата?» «Уточните, пожалуйста, для кого приобретается препарат: взрослый или ребёнок (уточнить возраст ребенка при необходимости)? « «Расскажите есть ли другие заболевания?» «Есть ли особые состояния здоровья: беременность, кормление грудью?» «Применяете ли на данный момент другие препараты?»
5.	«Порекомендуйте мне, пожалуйста, препараты из ассортимента аптеки?»	«На основе полученной от Вас информации, я могу порекомендовать Вам препарат... препарат ... препарат ...» (в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)
6.	«Расскажите, пожалуйста, как действуют рекомендованные препараты при моих симптомах?»	«Предложенные препараты...» (объяснить действие предложенных ЛП)

7.	«Я бы хотел(а) приобрести...» (в соответствии с информацией для симулированного пациента – табл. 6)	Найти упаковку-муляж данного препарата и действующую инструкцию по применению
8.	«В каких лекарственных формах данный препарат в наличии в аптеке?»	«Данный препарат в наличии в аптеке в виде...» (в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)
9.	«Расскажите, пожалуйста, как применяется данный препарат?»	«Данный препарат применяется по ... таблетки/миллилитров ... раз в сутки» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
10.	«Есть ли особенности применения в зависимости от приёма пищи?»	«Препарат применяется ...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
11.	«Как долго мне применять данный препарат?»	«Курс применения данного препарата ... дней» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП) «При сохранении симптомов или ухудшении состояния, рекомендую Вам обратиться к врачу»
12.	«Какие побочные эффекты могут развиваться при применении данного лекарственного препарата?»	«При применении данного препарата могут развиваться...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
13.	«Что делать при возникновении побочных эффектов при применении препарата, которые не описаны в инструкции?»	«В случае развития тяжелых побочных эффектов прекратить приём препаратов и обратиться к врачу» «При возникновении побочных эффектов, которые не описаны в инструкции, необходимо обратиться к врачу/в аптеку/ в Росздравнадзор для их регистрации»
14.	«Как хранить данный препарат?»	«Данный препарат хранится при температуре не выше ... градусов, в сухом, защищённом от детей месте» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП) «Остались ли у Вас вопросы?»
15.	«Мне все понятно, спасибо!»	«В таком случае, предлагаю Вам оплатить препарат»

Примерные действия, тексты вводной информации в рамках диалога симулированного пациента и экзаменуемого

Ситуации (сценарии) 9-10: Фармацевтическое консультирование при реализации рецептурного препарата

№ п/п	Примерный текст вводной информации, действия симулированного пациента	Действие экзаменуемого (примерные варианты ответов)
1.	Подойти к экзаменуемому	«Здравствуйте, требуется ли вам консультация специалиста?»

2.	«Здравствуйте. Помогите, пожалуйста, мне нужен ...?» <i>(в соответствии с номером ситуации (сценария) и легендой – табл. 6)</i> <i>Например:</i> <i>«Амоксициллин+Клавулановая кислота 500+125мг в таблетках» – для ситуации (сценария) №10</i>	«Обращаю Ваше внимание на то, что данный препарат назначаются врачом и отпускаются только по рецепту»
3.	«У меня есть рецепт...» <i>(отдать рецепт аккредитуемому, приложение №2)</i>	Взять рецепт у симулированного пациента
4.	«Объясните, пожалуйста, для лечения какого заболевания применяется...?» <i>(в соответствии с номером ситуации (сценария) и легендой – табл. 6)</i> <i>Например:</i> <i>Амоксициллин+Клавулановая кислота – для ситуации (сценария) №10</i>	«Данный препарат применяются при ...» <i>(в соответствии с инструкцией по применению ЛП)</i>
5.	<i>Ответить на вопросы аккредитуемого в соответствии с легендой пациента в зависимости от номера ситуации (сценария) – табл. 6</i> <i>Например:</i> <i>«Других заболеваний нет. Беременности и кормления грудью нет. Принимаю препарат Амброксол для разжижения мокроты» – для ситуации (сценария) №10</i>	«Давайте уточним взрослому или ребенку назначен препарат» <i>(рассчитать возраст пациента в соответствии с датой рождения в рецепте)</i> «Препарат назначен ...» <i>(взрослому/ребенку ... лет)</i> «Расскажите есть ли другие заболевания?» «Есть ли особые состояния здоровья: беременность, кормление грудью?» «Применяете ли на данный момент другие препараты?»
6.	«Какие наименования препаратов есть в вашей аптеке?»	«В нашей аптеке, назначенный вам препарат, есть под торговыми наименованиями: препарат... препарат ... препарат ...» <i>(в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)</i>
7.	«Расскажите, как действует назначенный препарат при моём заболевании?»	«Назначенный препарат ...» <i>(объяснить действие препарата в соответствии с инструкцией по применению ЛП)</i>
8.	«Я бы хотел(а) приобрести...» <i>(в соответствии с информацией для симулированного пациента – табл. 6)</i>	Найти упаковку-муляж данного препарата и действующую инструкцию по применению
9.	«В каких лекарственных формах данный препарат в наличии в аптеке?»	«Данный препарат в наличии в аптеке в виде...» <i>(в соответствии со списком ЛП для симулированной аптеки в приложении 1)</i>

10.	«Расскажите, пожалуйста, как применяется данный препарат?»	«Данный препарат применяется по ... таблетки/миллилитров ... раз в сутки» (в соответствии с рецептом)
11.	«Есть ли особенности применения в зависимости от приёма пищи?»	«Препарат применяется ...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
12.	«Как долго мне применять данный препарат?»	«Курс применения данного препарата ... дней» (в соответствии с рецептом) «При сохранении симптомов или ухудшении состояния, рекомендую Вам обратиться к врачу»
13.	«Какие побочные эффекты могут развиваться при применении данного лекарственного средства?»	«При применении данного препарата могут развиваться...» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП)
14.	«Что делать при возникновении побочных эффектов при применении препарата, которые не описаны в инструкции?»	«В случае развития тяжелых побочных эффектов прекратить приём препаратов и обратиться к врачу» «При возникновении побочных эффектов, которые не описаны в инструкции, необходимо обратиться к врачу/в аптеку/ в Росздравнадзор для их регистрации»
15.	«Как хранить данный препарат?»	«Данный препарат хранится при температуре не выше ... градусов, в сухом, защищённом от детей месте» (в соответствии с инструкцией по применению ЛП) «Остались ли у Вас вопросы?»
16.	«Мне все понятно, спасибо!»	«В таком случае, предлагаю Вам оплатить препарат»

7. Критерии оценивания:

В чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий студентом осуществляется с галочки:

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

Студент должен набрать не менее 70% правильных ответов

№ п/п	Действие экзаменуемого	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом	1-10	√ да нет
2.	Уточнил необходимость консультации специалиста	1-10	√ да нет
Порядок отпуска			
3.	Уточнил факт обращения к врачу и наличия рецепта	1-10	√ да нет
4.	Указал на возможность рекомендации только безрецептурных препаратов	1-8	√ да нет
5.	Получил рецепт от пациента	9-10	√ да нет
Анамнестические особенности пациента			
6.	Расспросил пациента о жалобах и симптомах	1-8	√ да нет

7.	Перечислил основные показания к применению препарата	9-10	√ да нет
8.	Уточнил для взрослого или ребёнка приобретается препарат/возраст ребенка	1-8	√ да нет
9.	Определил возраст пациента на основе даты рождения в рецепте	9-10	√ да нет
10.	Уточнил у пациента отсутствие или наличие беременности и лактации	1-10	√ да нет
11.	Спросил о наличии других заболеваний и приеме препаратов	1-10	√ да нет
Ассортимент аптечной организации			
12.	Рекомендовал безрецептурный препарат 1	1-8	√ да нет
13.	Рекомендовал торговое наименование 1	9-10	√ да нет
14.	Рекомендовал безрецептурный препарат 2	1-8	√ да нет
15.	Рекомендовал торговое наименование 2	9-10	√ да нет
16.	Рекомендовал безрецептурный препарат 3	1-8	√ да нет
17.	Рекомендовал торговое наименование 3	9-10	√ да нет
Информация о препарате			
18.	Объяснил механизм действия препарата	1-10	√ да нет
19.	Рассказал о лекарственных формах, дозировках	1-10	√ да нет
20.	Рассказал о применении препарата	1-10	√ да нет
21.	Пояснил особенности взаимодействия с пищей	1-10	√ да нет
22.	Пояснил длительность приема препарата	1-10	√ да нет
23.	Рассказал о необходимости обратиться к врачу при сохранении симптомов или ухудшении состояния	1-10	√ да нет
24.	Рассказал о наиболее частых побочных эффектах при применении препарата	1-10	√ да нет
25.	Пояснил действия при возникновении побочных эффектов, которые указаны в инструкции по применению	1-10	√ да нет
26.	Рассказал о хранении препарата	1-10	√ да нет
Завершение			
27.	Уточнил наличие дополнительных вопросов	1-10	√ да нет
28.	Предложил оплатить препарат	1-10	√ да нет
Нерегламентированные и небезопасные действия			
29.	Порекомендовал рецептурный препарат без рецепта	1-6	да √ нет
30.	Отпустил рецептурный препарат без рецепта	7-10	да √ нет
31.	Порекомендовал препарат при отсутствии показаний к его применению или без учета возрастных или анамнестических особенностей пациента	1-8	да √ нет
32.	Порекомендовал препарат несоответствующий международному непатентованному наименованию	9-10	да √ нет
33.	Игнорировал актуальную нормативную базу	1-10	да √ нет

Список препаратов для симулированной аптеки

1. Аква Марис Стронг (спрей)
2. Амоксиклав (таблетки 500 мг+125 мг)
3. Амоксиклав Квиктаб (таблетки диспергируемые 500 мг+125 мг)
4. Аскорил экспекторант (сироп)
5. Аугментин (таблетки 500 мг+125 мг)
6. АЦЦ (порошок 600 мг)
7. АЦЦ 200 (таблетки шипучие 200 мг)
8. АЦЦ Лонг (таблетки шипучие 600 мг)
9. Банеоцин (порошок)
10. Бепантен (крем)
11. Берлиприл (таблетки 10 мг)
12. Берокка Плюс (таблетки)
13. Бромгексин (таблетки 8 мг, сироп 4 мг/5 мл)
14. Виферон (суппозитории 500000 МЕ, мазь)
15. Вольтарен (пластырь 30 мг/сут, гель 2%)
16. Гексорал (раствор 0,1%, аэрозоль 0,2%)
17. Гриппферон (спрей, капли)
18. Детралекс (таблетки 500 мг)
19. Парацетамол (суспензия 120 мг/5 мл)
20. Капсикам (мазь)
21. Кеторол (гель)
22. Компливит (таблетки)
23. Лазолван (таблетки 30 мг, сироп 30 мг/5 мл)
24. Лизобакт (таблетки)
25. Мидокалм (таблетки 50 мг)
26. Мирамистин (раствор)
27. Називин Сенситив (спрей 22,5 мкг/доза)
28. Найз (гель)
29. Нурофен (сироп, таблетки 200 мг)
30. Пенталгин (таблетки)
31. Полисорб МП (порошок для приготовления суспензии)
32. Регидрон (порошок)
33. Ренгалин (таблетки)
34. Ренитек (таблетки 10 мг)
35. Сиалор аква (капли назальные)
36. Синекод (сироп 1,5 мг/мл)
37. Супрадин (таблетки шипучие)
38. Троксерутин (капсулы 300 мг)
39. Флебодиа 600 (таблетки 600 мг)
40. Флемоклав Соллютаб (таблетки диспергируемые 500 мг+125 мг)
41. Цефекон Д (суппозитории 250 мг)
42. Цинковая паста
43. Эналаприл (таблетки 10 мг)
44. Энап (таблетки 10 мг)
45. Энтерол (капсулы)
46. Энтеросгель (паста)
47. Эргоферон (таблетки)

Приложение 2

Рецепты для симулированного пациента (сценарий 9-10)



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

ШТАМП МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

"20" Мая 2022 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
пациента Иванова И.И.

Дата рождения 23 декабря 1984

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.В.

руб. | коп. | Rp. Enalapril 0,01.....
.....D.t.d. № 60 in tabl......
.....S. По 1 таблетке 2 раза в день,..
.....в одно и то же время суток...

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Петров

Печать
врача

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (.....)
(нужное подчеркнуть) (указать количество
месяцев)

Отпускать ежемесячно

Рецепты для фармацевтической экспертизы рецептов

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: ~~Tabl. Trimeperidini~~ 25 mg

~~D.t.d.~~ N 20 (двадцать)

Signa: По 1 табл. 3 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Morphini 30 mg

D.t.d. N 30 (тридцать) in tabl.

Signa: По 1 табл. 2 раза в сутки

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Sol. Buprenorphini 0,3 mg/ml - 1 ml

D.t.d. N 30 (тридцать) in amp.

Signa: По 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске



Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805
форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Tabl. Clonidini 0,15 mg
D.t.d. N 20
Signa: по 1 табл. 2 раза в день, во время еды

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----	
Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения: 02.11.1946

Адрес места жительства или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonidini 0,15 mg

D.t.d. N 20

Signa: 1 таб. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 3 0	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 8 0 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Clonazepam 0,5 mg

D.t.d. № 30

Signa: по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

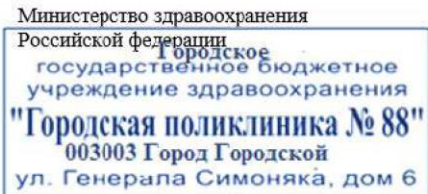
Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.



Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

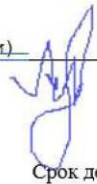
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonazepam 0,5 mg

D.t.d № 30

Signa. по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)


Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003008 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Sol. Вустероприни 0,3 mg/ml - 1 ml
D. t. q. N 30 (тридцать) in amp.

Signa: по 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней (нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
317183101
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Рр: Morphini 30 mg

D.t.d. № 30 (тридцать) in tabl.

Signa: по 1 табл. 2 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код
категории
граждан

9 2 5

Код
нозологической
формы

C 7 6

Источник
финансирования (подчеркнуть):
1) федеральный бюджет
2) бюджет субъекта Российской
федерации
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть):
1) Бесплатно
2) 50%
3) иной

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 2

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.В.

Дата
рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования

7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Trimeperidini 25 mg

D.t.d. № 20 (двадцать)

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 2

фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС

1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования

7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Pregabalin 75 mg

D.t.d. № 30 in caps.

Signa: по 1 капс. 2 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----	
Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симбняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: STT Phentanyli 75 мкг/час

D.t.g. № 5 (пять) in plast

Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----	
Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый/детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: STT Phentanyli 75 mgg/час
D.t.d. № 5 (пять) in plast
Sigma: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма № 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: ~~Pregabalini~~ 75 mg
~~D.t.d. № 30 in caps.~~
Signa. по 1 капс. 2 раза в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Срок действия 15 дней

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

(дата оформления рецепта)

Руб. Коп. Rp: Bromidihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 mg
D.t.d № 50 in tabl.
Signa. по 1 табл. 3 раза в сутки

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

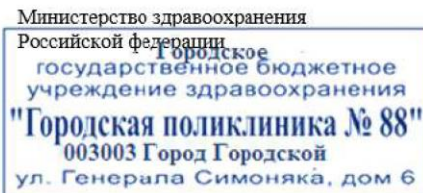
9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

(дата оформления рецепта)

Руб. Кон. Rp: Phenobarbitali 50 mg
D.t.d № 20 in tabl.
Signa. по 1 табл на ночь

Срок действия 15 дней





Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Benzobarbitali 100 mg

D. t. d. № 20

Signa. по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симдяка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805
Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 4	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 2 0 0 5 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Phenobarbitali 50 mg
D. t. d. N 20 in tabl.
Signa: по 1 табл. на ночь

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

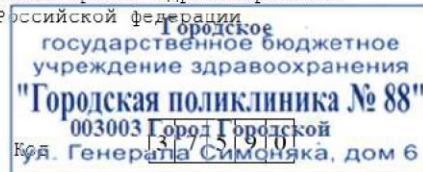
Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108305
форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N полиса обязательного
медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Рр. ~~Tabl. Benzobarbitali 100 mg~~
~~D.t.d. N 20~~
Signa: по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Пенегила Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 2 0	F 3 3		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2022
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного
медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Bromdihydrochlorophenylbenzodiazepini 1 mg

D.t.d. № 50 in tabl.

Signa: по 1 табл. 3 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

9. ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ ПРАКТИКИ (КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ)

Аттестация по итогам учебной практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчета и отзыва руководителя практики от кафедры фармации.

По итогам аттестации выставляется оценка **«ОТЛИЧНО»**, если:

- выполнение программы практики составляет 70% и более;
- проявлены интерес к практической работе и активность в освоении практических навыков;
- отсутствуют замечания по ведению дневника и заполнению отчета по производственной практике;
- отлично выполнены учебно-исследовательская и научно-практические работы;
- отмечено активное участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых учреждением и кафедрой;
- выявлена отличная теоретическая и практическая подготовка по вопросам программы практики.

По итогам аттестации выставляется оценка **«ХОРОШО»**, если:

- выполнение программы практики составляет 60-69%;
- усвоение практических навыков соответствует II - III уровням
- проявлен интерес к практической работе и активность в освоении практических навыков;
- имеются отдельные замечания по содержанию записей в дневнике и заполнению отчета по ПП;
- хорошо выполнены учебно-исследовательская и научно-практические работы;
- проявлено участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых учреждением и кафедрой;
- выявлена хорошая теоретическая и практическая подготовка по вопросам программы практики.

По итогам аттестации выставляется оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**, если:

- выполнение программы практики составляет 50-59%;
- усвоение практических навыков соответствует II уровню
- отсутствует должный интерес к работе, имеется шаблонное, безынициативное ее выполнение;
- имеются замечания по форме и содержанию записей в дневнике и заполнению отчета по учебной практике;
- имеются существенные замечания по выполнению задания по учебно-исследовательской работе и научно-практической работе;
- проявлено неактивное участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых учреждением и кафедрой;
- выявлена недостаточная теоретическая и практическая подготовка по вопросам программы практики.

По итогам аттестации выставляется оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**, если:

- выполнение программы практики составляет менее 50%;
- отсутствует интерес к работе, имеется шаблонное, безынициативное ее выполнение;
- отсутствие дневника;
- игнорирование или неактивное участие в трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых учреждением и кафедрой;

- выявлено элементарное незнание более половины теоретических вопросов, неспособность продемонстрировать более половины практических умений программы практики.

Перечень учебной литературы и ресурсов сети «Интернет», необходимых для проведения практики

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров		Наименование ЭБС/ссылка в ЭБС
				в библиотеке	на кафедре	
1	2	3	4	5	6	7
Основная литература						
1.	Управление и экономика фармации: учебник	ред. В.Л. Багирова	М.: Медицина, 2004.	19	1	-
2.	Управление и экономика фармации: учебник	ред. И.А. Наркевич	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017	25	1	«Консультант студента» http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442265.html
Дополнительная литература						
3.	Управление и экономика фармации: учебник: в 4 т. Т.1. Фармацевтическая деятельность, организация и регулирование.	ред. Е.Е. Лоскутова	М.: Академия, 2008.	2	-	-
4.	Управление и экономика фармации: учебник: в 4 т. Т. 2. Учет в аптечных организациях: оперативный, бухгалтерский, налоговый.	ред. Е.Е. Лоскутова	М.: Академия, 2008.	1	-	-
5.	Управление и экономика фармации. Экономика аптечных организаций: учебник	ред. Е.Е. Лоскутова	М.: Академия, 2010.	1	-	-

Перечень информационных технологий, используемых при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем:

Фармакопея 14 (4 тома) [Электронный ресурс] - Режим доступа.- <http://www.femb.ru/>
Справочно-правовая система «Гарант» [Электронный ресурс] - Режим доступа.- <http://www.aero.garant.ru/>