
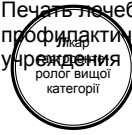






Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1		* Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1									
РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимое подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> «__» _____ <u>20</u> (дата выписывания рецепта)			РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимо подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> «__» _____ <u>20</u> (дата выписывания рецепта)						
За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %		За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %					
Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Шевченко А.А., 30 лет</u>						Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Петренко М.С., 30 лет</u>									
Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>						Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>									
Фамилия, инициалы врача <u>Зозуля К.В.</u>						Фамилия, инициалы врача <u>Шевченко О.К.</u>									
<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>						<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>									
Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца				Печать лечебно-профилактического учреждения Лікар ролог вищої категорії				Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца				Печать лечебно-профилактического учреждения Лікар ролог вищої категорії			

Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1		* Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1									
РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимое подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> «__» _____ <u>20</u> (дата выписывания рецепта)			РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимо подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> «__» _____ <u>20</u> (дата выписывания рецепта)						
За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %		За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %					
Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Шевченко А.А.,</u> <u>30 лет</u>						Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Петренко М.С.,</u> <u>30 лет</u>									
Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>						Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>									
Фамилия, инициалы врача <u>Зозуля К.В.</u>						Фамилия, инициалы врача _____ <u>Шевченко О.К.</u>									
<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>						<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>									
Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца				 				Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца				 			

Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1		* Название учреждения (штамп учреждения)		Код учреждения по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Ф-1					
РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимое подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> « <u> </u> » <u>20</u> (дата выписывания рецепта)			РЕЦЕПТ (взрослый, детский – необходимо подчеркнуть)			Номер рецепта № <u>20</u> « <u> </u> » <u>20</u> (дата выписывания рецепта)		
За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %		За полную стоимость		Бесплатно		Оплата 50 %	
Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Шевченко А.А., 30 лет</u>						Фамилия, инициалы, возраст больного <u>Петренко М.С., 30 лет</u>					
Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>						Адрес больного или номер медицинской карты амбулаторного больного № <u>46-08/16</u>					
Фамилия, инициалы врача <u>Зозуля К.В.</u>						Фамилия, инициалы врача <u>Шевченко О.К.</u>					
<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>						<i>Rp. : Sol. Platyphyllini hydrotartratis</i> <i>0,2 % 30 ml</i> <i>Da. Signa: по 10 капель 2 раза в день</i>					
Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца								Печать лечебно-профилактического учреждения			
Подпись и личная печать врача (разборчиво) Рецепт действительный на протяжении 1 месяца								Печать лечебно-профилактического учреждения			

<p>Паспорт письменного контроля (обратная сторона) Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 Воды очищенной 30 мл</p>	<p>Паспорт письменного контроля (обратная сторона) Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 Воды очищенной 30 мл</p>
<p>Паспорт письменного контроля (обратная сторона) Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 Воды очищенной 30 мл</p>	<p>Паспорт письменного контроля (обратная сторона) Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 Воды очищенной 30 мл</p>

Выдал : Platyphyllini hydrotartratis
0,06

Дата Подпись

Получил : Platyphyllini hydrotartratis
0,06

Дата Підпис

Паспорт письменного контроля
(лицевая сторона)

Дата N рец.

Aquae purificatae 30 ml

Platyphyllini hydrotartratis 0,06

Вобщ. = 30 ml

Приготовил _____

Проверил _____

Отпустил _____

Выдал : Platyphyllini hydrotartratis
0,06

Дата Подпись

Получил : Platyphyllini
hydrotartratis 0,06

Дата Підпис

Паспорт письменного контроля
(лицевая сторона)

Дата N рец.

Aquae purificatae 30

ml

Platyphyllini hydrotartratis

0,06

Вобщ. = 30 ml

Приготовил _____

Проверил _____

Отпустил _____

Выдал : Platyphyllini hydrotartratis
0,06

Дата Подпись

Получил : Platyphyllini hydrotartratis
0,06

Дата Підпис

Паспорт письменного контроля
(лицевая сторона)

Дата N рец.

Aquae purificatae 30 ml

Platyphyllini hydrotartratis 0,06

Вобщ. = 30 ml

Приготовил _____

Проверил _____

Отпустил _____

Выдал : Platyphyllini
hydrotartratis 0,06

Дата Подпись

Получил : Platyphyllini
hydrotartratis 0,06

Дата Підпис

Паспорт письменного контроля
(лицевая сторона)

Дата N рец.

Aquae purificatae 30

ml

Platyphyllini hydrotartratis

0,06

Вобщ. = 30 ml

Приготовил _____

Проверил _____

Отпустил _____

<p>Проверка доз: Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 1 мл воды очищенной – 20 капель 30 мл – X X = 600 капель Количество приемов : 600 капель : 10 капель = 60</p> <p>ТРД платифиллина гидротартрата: 0,06 : 60 = 0,001 МТРД = 0,01</p> <p>ТСД платифиллина гидротартрата: 0,001 × 2 = 0,002 МТСД = 0,03</p> <p>Дозы не завышены</p>	<p>Проверка доз: Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 1 мл воды очищенной – 20 капель 30 мл – X X = 600 капель Количество приемов : 600 капель : 10 капель = 60</p> <p>ТРД платифиллина гидротартрата: 0,06 : 60 = 0,001 МТРД = 0,01</p> <p>ТСД платифиллина гидротартрата: 0,001 × 2 = 0,002 МТСД = 0,03</p> <p>Дозы не завышены</p>
<p>Проверка доз: Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 1 мл воды очищенной – 20 капель 30 мл – X X = 600 капель Количество приемов : 600 капель : 10 капель = 60</p> <p>ТРД платифиллина гидротартрата: 0,06 : 60 = 0,001 МТРД = 0,01</p> <p>ТСД платифиллина гидротартрата: 0,001 × 2 = 0,002 МТСД = 0,03</p> <p>Дозы не завышены или $5,4 \times 3 = 16,2$ капли МТСД = 1,5 мл (70 капель) Дозы не завышены</p>	<p>Проверка доз: Платифиллина гидротартрата : 0,2 – 100 мл X – 30 мл X = 0,06 1 мл воды очищенной – 20 капель 30 мл – X X = 600 капель Количество приемов : 600 капель : 10 капель = 60</p> <p>ТРД платифиллина гидротартрата: 0,06 : 60 = 0,001 МТРД = 0,01</p> <p>ТСД платифиллина гидротартрата: 0,001 × 2 = 0,002 МТСД = 0,03</p> <p>Дозы не завышены или $5,4 \times 3 = 16,2$ капли МТСД = 1,5 мл (70 капель) Дозы не завышены</p>