



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
імені П. Л.Шупика  
кафедра паліативної та хоспісної медицини

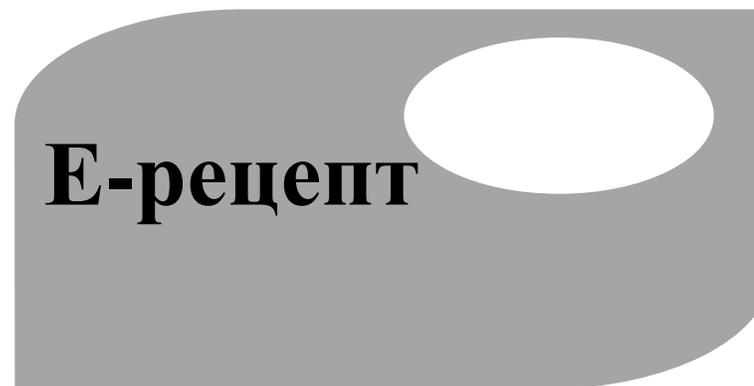
Тема:

**Юлія Мендес**  
*Магістр фармації*  
*Асистент кафедри*  
*паліативної та хоспісної медицини*  
*НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

**Запуск е-рецепту на наркотичні , психотропні лікарські засоби відбувається в межах перехідного періоду.**

## **Заклади охорони здоров'я**

Strengths



# Нормативна база

**Наказ МОЗ від  
19.07.2005 № 360**

**«Правил виписування  
рецептів на лікарські  
засоби і виробу медичного  
призначення, Порядку  
відпуску лікарських  
засобів і виробів медичного  
призначення з аптек  
.Інструкції про порядок  
зберігання, обліку та  
знищення рецептурних  
бланків»**

**Постанова  
КМУ від 25  
квітня 2018 р.  
№ 411  
«ПОРЯДОК  
функціонува  
ння  
електронної  
системи  
охорони  
здоров'я»**

**Наказ Моз від 28  
02.2020 № 587  
«ПОРЯДОК  
ведення Реєстру  
медичних записів,  
записів про  
направлення та  
рецептів в  
електронній  
системі охорони  
здоров'я»**

**Постанова КМУ  
від 6 травня 2000  
р. № 770  
«Переліку  
наркотичних  
засобів,  
психотропних  
речовин і  
прекурсорів»**

**«Перелік наркотичних засобів,  
психотропних речовин і  
прекурсорів, затверджений  
постановою КМУ від 6 травня 2000  
р. № 770».**

Морфін

Оксикодон

Фентаніловий пластир

Трамадол

## Таблиця II

Список № 1

Наркотичні засоби, обіг яких обмежено

І назва	Хімічна назва
------------	---------------

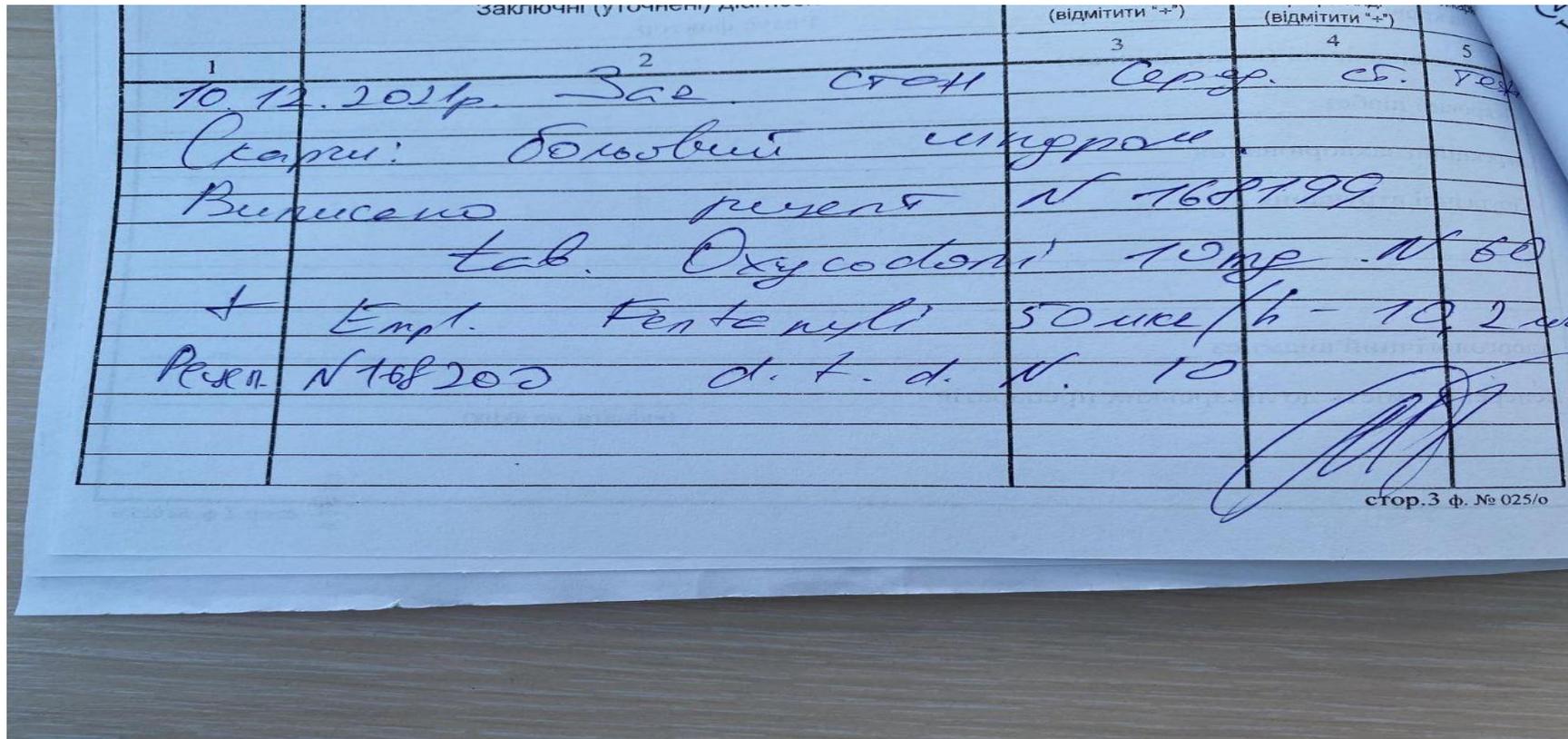
3-аліл-1-метил-4-феніл-4-пропіонон

# Наказ МОЗ від 19.07.2005 № 360

- Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення
- Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів
- Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків

***ЗМІНИ В НАКАЗІ !!!!!***

Рецепти виписуються пацієнту за наявності відповідних показань з обов'язковим внесенням відомостей до первинної облікової медичної документації.



Забороняється виписувати в одному рецепті ЛЗ у більшій кількості, ніж встановлено в нормах відпуску ( додток 3), крім випадків:

- ЛЗ в *оригінальних упаковках*, що містять більшу кількість таблеток, ніж зазначено в нормах відпуску, але не більше **50 таблеток**.
- ЛЗ для паліативних пацієнтів.

**Наказ МОЗ України 19.07.2005 №360**

**ФОРМА**  
Спеціального рецептурного бланка №3 (ф-3) для  
виписування наркотичних та психотропних лікарських  
засобів

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
ТОВ «Клініка «Здоров'я»

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*  
м.Київ, вул. Шевченка, 5

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*  
12345678

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної  
практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на  
провадження господарської діяльності з медичної практики  
АА 12345 від 01.01.2019

Медична документація ф-3

**РЕЦЕПТ**

Серія **ВМ** № **12347** "xx" xx 20 року

Прізвище, ініціали та вік хворого Петров А.А.

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого 12345

Прізвище та ініціали лікаря Сидоренко П.П.

Rp: Tab. Oxycodoni 10mg #30  
| D.S. внутрішньо по 1 таблетці кожні 12 годин  
|

Місце для позначки \_\_\_\_\_  
Підпис лікаря \_\_\_\_\_ Особиста печатка лікаря

**ЛІКАР**  
Рецепт дійсний протягом 10 днів  
Рецепт залишається в аптеці

# ***ДОДАТОК* № 3!!!**

Оксикодон		Морфін	
таблетки 10 мг	20 табл.	таблетки 5 мг	40 табл.
таблетки 20 мг	20 табл.	таблетки 10 мг	20 табл.
таблетки 40 мг	10 табл.	розчин оральний 2 мг/1 мл	100 мл
таблетки 80 мг	10 табл.	ампули 1 % - 1 мл	10 амп.

Фентаніл у формі трансдермальних терапевтичних систем із пролонгованим ефектом	10 пластирів незалежно від дозування
--	--------------------------------------

У разі виписування **безоплатно**, з **доплатою** чи на **пільгових** умовах наркотичних (психотропних) лікарських засобів поряд з виписуванням Рецепта на бланку ф-3 виписується додатково Рецепт на бланку ф-1.

РЕЦЕПТУРНИЙ БЛАНК (Ф-1) для виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість, безоплатно або з доплатою

МЦ ТОВ «ОНКОЛОГІЧНА КЛІНІКА КІРКІЛЕВСЬКОГО»  
м. Київ, Повітрофлотський п-т, 92  
Код за ЄДРПОУ 40056677

Медична документація ф-1  
Ліцензія: Наказ МОЗ №454 від 07.03.18  
"19" 02.21 (дата виписування рецепта)

РЕЦЕПТ № 6  
дорослий, дитячий (потрібне підкреслити)

За повну вартість  
Безоплатно джерело фінансування  
З доплатою джерело фінансування

Прізвище, ініціали та вік хворого: Нейрос 10.8  
Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого: 114  
Прізвище та ініціали лікаря: [Redacted]

I Rp: tab. Zopiclone 7,5 mg  
D. t. d. N. 20  
D. S. по 1 т. на ніч

Додаткова інформація

Підпис та особиста печатка лікаря

Штамп аптеки

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ОНКОЛОГІЧНА КЛІНІКА»  
Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
ЄДРПОУ 40056677  
Місце знаходження закладу охорони здоров'я або ФОП  
№ 454 від 07.03.2018  
Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*  
Буд. 92-А, т. (044)339-22-21

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Медична документація ф-3

РЕЦЕПТ

Серія ЛГ № 168015 «В» 01 2011 року

Нейрос К.В. 79р.  
Прізвище, ініціали та вік хворого

317  
Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого

М. [Redacted]  
Прізвище та ініціали лікаря

Emplastii Fentanyl  
50 мкг/10г

Rp: D. t. d. N. 5  
D. S. не наносити на непереносимість до кінця

Місце для позначки лікаря

Підпис лікаря

Примітка: Серія та номер бланка зазначаються двоцифровим способом.  
\* Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.  
\*\* Для фізичних осіб, які вперше свої трудові зобов'язання відносять до працівників реєстраційного номера облікової картки платника податків, зазначаються також для відповідного контролюючого органу і мають відбитку у паспорті, зазначеної серії та номеру бланку та номер частоти.

- Е-рецепт виписується на кожне найменування ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою ЛЗ:

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**ВЕСНЯНСЬКОГО СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ**  
**МИКОЛАЇВСЬКОГО РАЙОНУ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
**«ЦЕНТР**  
**МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ»**  
 Місце знаходження закладу охорони здоров'я або ФОП  
 Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики  
**71734 Миколаївська обл.,**  
**Миколаївський район,**  
**селище Весняне, вулиця Січова, будинок 28**  
**РЕЦЕПТ**  
 Серія **ДГ** № **309914** року

Прізвище, ініціали та вік хворого  
**Техомова Євгенія М. 57р**

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого  
**21**

Прізвище та ініціали лікаря  
**Безрекко Є. А.**

Рр: **Таб. Dolonisa 40mg**  
**S. fo 17**

Місце для позначки  
 Підпис лікаря  
 Особиста печатка лікаря

Рецепт дійсний протягом 10 днів  
 Рецепт залишається в аптеці

Примітка. Серія та номер бланка зазначаються друкованим способом.  
 \* Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.  
 \*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

**ФОРМА**  
**спеціального рецептурного бланка № 3 (ф-3) для виписування**  
**наркотичних та психотропних лікарських засобів**

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
**ТОВ "Справно"**  
**м. Київ, вул. Мельниківська, 28**  
 Місце знаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*

Код за ЄДРПОУ/Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*  
**44293915**

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики  
**Ліц. № 53 від 12.01.2022р.**  
 Медична документація ф-3

**РЕЦЕПТ**

Серія **ЯЮ** № **814006** «**А**» **10** 20**22** року

Прізвище, ініціали та вік хворого  
**Буряченко І. П.**

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого  
**855**

Прізвище та ініціали лікаря  
**Білошицький В. В.**

Рр: **Таб. Oxycodon. 10mg N. 30**  
**D.S. Випускати по 1**  
**таблетці, кожен 12 годин**

Місце для позначки **хронічно хворому**  
 Підпис лікаря  
 Особиста печатка лікаря

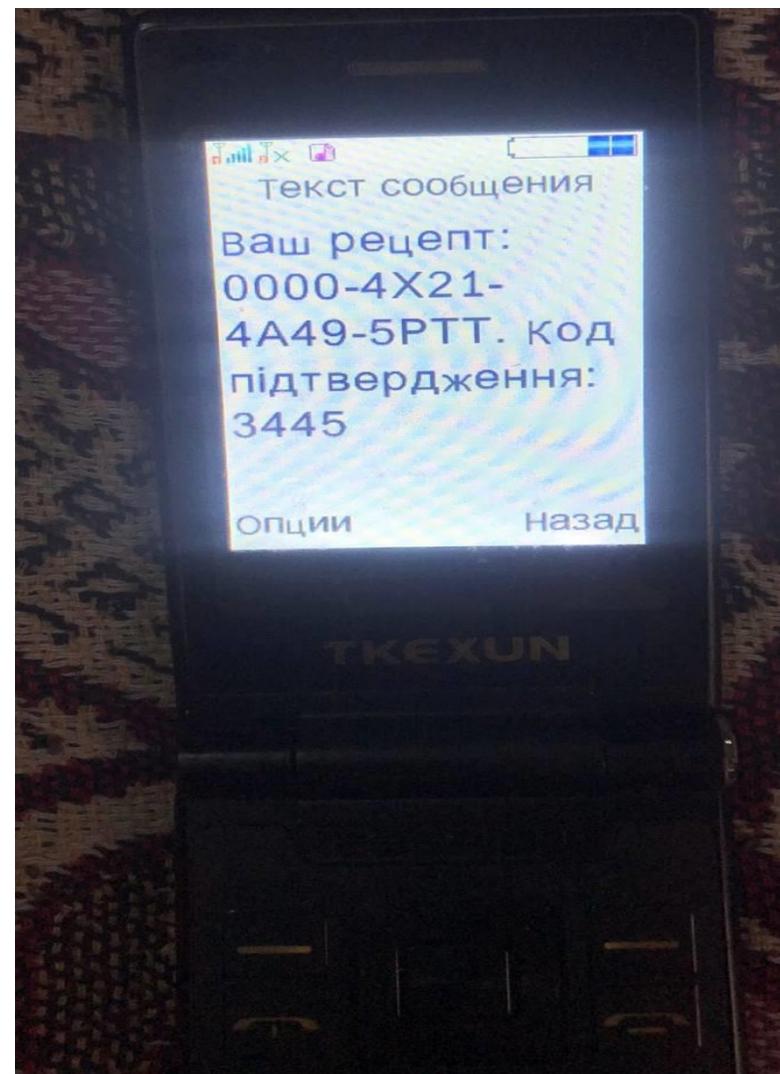
Рецепт дійсний протягом 10 днів  
 Рецепт залишається в аптеці

\* Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.  
 \*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

Після виписування е-рецепта пацієнту (його представнику) надається інформація:

- про номер виписаного е-рецепта
- код підтвердження

Для відпуску з аптечного закладу за е-рецептом ЛЗ .



- За запитом пацієнта (його представника) - надається інформаційна довідка в паперовій формі:

1. номер виписаного е-рецепта,
2. код підтвердження
3. дату виписування е-рецепта
4. інформацію про ЛП

Інформаційна довідка, не вважається е-рецептом.

Має лише інформаційний характер.

ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ  
№ 0000-P5TE-3227-38AH



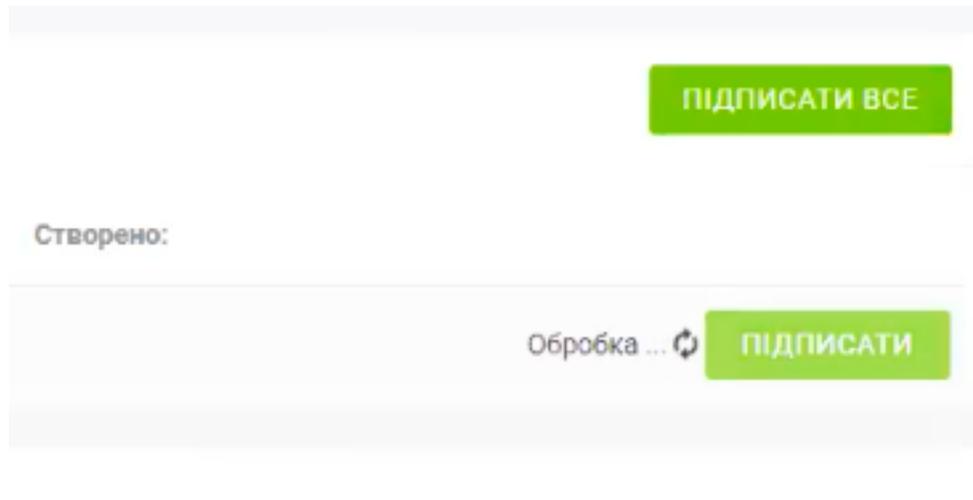
ІНФОРМАЦІЙНА ДОВІДКА	Відповідає рецептурному бланку Ф-3
Дата виписування рецепту:	18.11.2022
Дійсний до:	28.11.2022
Умови оплати:	повна оплата пацієнтом
Назва програми:	програма "Наркотичні (психотропні) ЛЗ"
Прізвище, ініціали та вік пацієнта:	Пролеєв І. С., 28 р.
Назва лікарського засобу:	фентаніл 10.2 мг, пластир трансдермальний
Кількість лікарського засобу:	5 шт
Тривалість лікування:	з 18.11.2022 по 03.12.2022
Спосіб застосування:	По 1 пластирю кожні 72 години на неподрознену ділянку шкіри. Хронічно хворому.
Прізвище, ініціали та телефон лікаря:	Ворона А. А., +380688162988
Код за ЄДРПОУ / РНОКПП* та найменування закладу охорони здоров'я або ФОП:	43110914, ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ДОБРОБУТ-ПАТРОНАЖ", Медичний центр
Адреса надавача медичних послуг**:	04107 вулиця Татарська, буд. 2-Е, місто КИЇВ, ШЕВЧЕНКІВСЬКИЙ район, М.КИЇВ область
Ліцензія на провадження господарської діяльності/декларація:	видана на: Медична практика, дата видачі 23.08.2019, орган що видав Міністерство охорони здоров'я України, термін дії: з 23.08.2019, номер наказу 1894.
Підпис та печатка лікаря:	 

\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття ідентифікаційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

\*\* Фактична адреса надання медичних послуг.

КОД ПІДТВЕРДЖЕННЯ: НАДІСЛАНО НА НОМЕР +38099\*\*\*\*11

Датою виписування е-рецепта є дата накладення лікарем кваліфікованого електронного підпису на електронний рецепт в системі.



ПІДПИСАТИ ВСЕ

Створено:

Обробка ...  ПІДПИСАТИ

***Наказ МОЗ України 19.07.2005 №360***

- 16. Рецепт, який виписано з порушенням вимог цих Правил вважається **недійсним**.
- Суб'єкт господарювання, лікар який виписав рецепт не вірно.
- **Зобов'язаний забезпечити виписування нового рецепта для пацієнта.**

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО**  
**ВЕСНЯНСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ**  
**МИКОЛАЇВСЬКОГО РАЙОНУ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків

**«ЦЕНТР**  
**МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»**

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування щодо ліцензії з медичної практики

57134, Миколаївська обл., Миколаївський район, селище Весняне, вулиця Степова, будівля № 3

**РЕЦЕПТ**  
 № 309914

Серія ПР

*Техомова Євгенія К. Стр.*  
 Прізвище, ініціали та вік хворого

*М*

Номер картки амбулаторного чи стаціонарного хворого

*Герецько Є. П.*  
 Прізвище та ініціали лікаря

Рр: *Таб. Доломіса Чолад*  
*№ 1, 2, 3, 4*  
*С. 10 г. 1 раз*

Місце для позначки

Підпис лікаря *[Підпис]* Особиста печатка лікаря

Примітка. Серія та номер бланка означаються друкарським способом.

**КНП ЦПМСД**

1. Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.  
 \*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначається серія (за наявності) та номер паспорта.

## II. Особливості виписування рецептів для деяких категорій пацієнтів

- Наркотичні (психотропні) ЛЗ виписуються пацієнтам відповідно до Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 333.

- Хворі, які отримують лікування:
- в амбулаторних умовах
- в умовах створеного стаціонару вдома

Забезпечуються наркотичними ( психотропних) ЛЗ, ЛПУ або за рецептом у аптеках в обсягах, що не перевищують **10-ної** потреби.

- Під час надання **паліативної та хоспісної допомоги** - що не перевищують **15-ної** потреби.

Для отримання **наркотичних ЛЗ (психотропних)** з метою використання в умовах створеного стаціонару вдома хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд :

- подає заяву на ім'я керівника ЛПУ

Керівник закладу робить відмітку про погодження, після чого заява додається до медичної карти амбулаторного хворого.

Додаток 3  
до Порядку

Головному лікарю

від громадянина

### ЗАЯВА

**про отримання наркотичних засобів, психотропних речовин та/або прекурсорів і виконання призначень лікаря**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт, серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_ р., прошу дозволу на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин та/або прекурсорів \_\_\_\_\_ і виконання призначень лікаря для хворого \_\_\_\_\_, паспорт, \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я та по батькові)

серія № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_ р., медична карта амбулаторного хворого № \_\_\_\_\_.

З технікою проведення внутрішньо-м'язових та підшкірних ін'єкцій ознайомлений.

Про кримінальну відповідальність згідно із статтями 305-320 Кримінального кодексу України за порушення правил зберігання, використання та у разі необхідності знищення наркотичних засобів, психотропних речовин та/або прекурсорів повідомлений.

Не заперечую,

хворий \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.  
(прізвище, ім'я та по батькові) (підпис)

Особа, яка буде здійснювати догляд (член сім'ї або опікун, або піклувальник)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.  
(прізвище, ім'я та по батькові) (підпис)

Особу хворого та особу, яка буде здійснювати догляд, підтверджую.

Здійснення догляду, отримання наркотичних засобів, психотропних речовин та/або прекурсорів і виконання призначень лікаря дозволяю.

Головний лікар \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.  
(прізвище, ім'я та по батькові) (підпис)

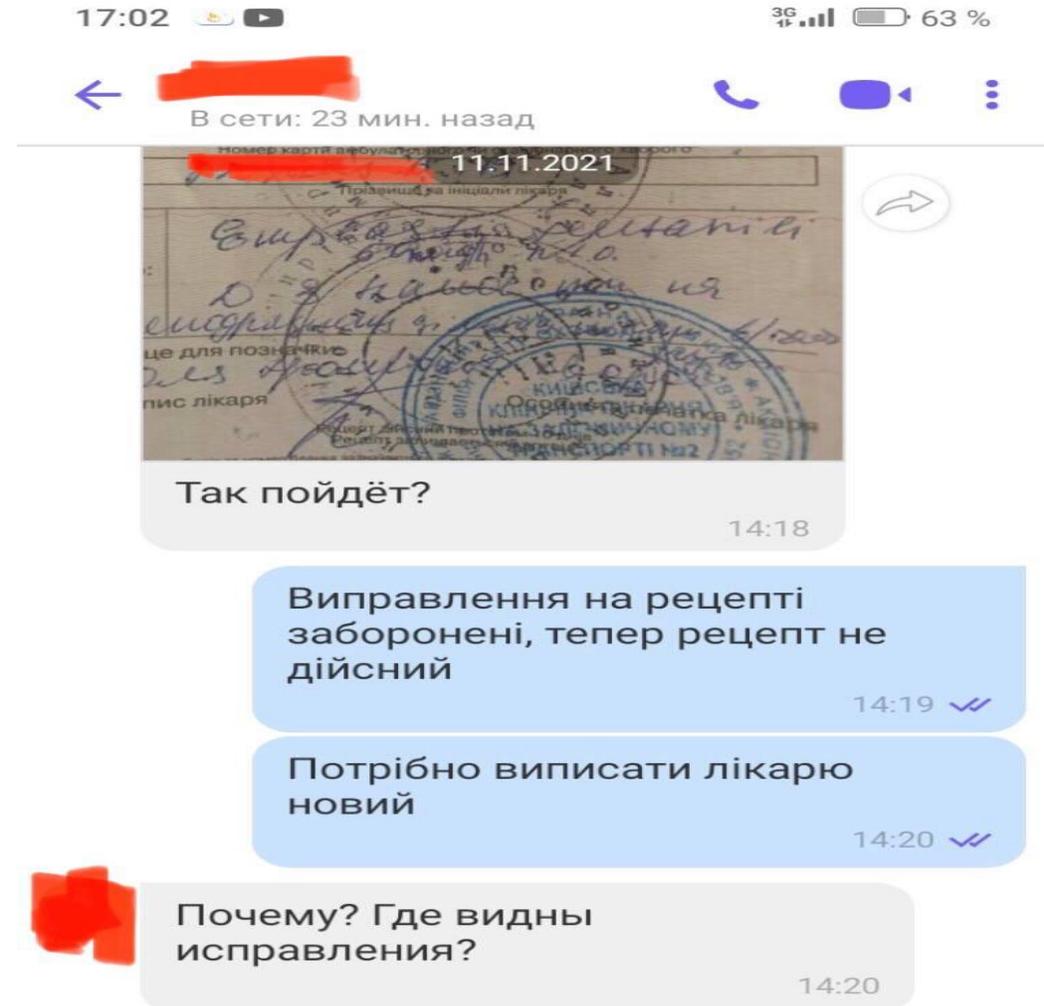
## **Механізм повернення невикористаних залишків ЛЗ, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, до ЛПУ:**

- 33. ЛПУ, що забезпечують наркотичних(психотропних) ЛЗ хворих, яким створено стаціонар вдома, приймають ЛЗ та невикористані залишки від *члена сім'ї, опікуна або піклувальника*.
- 34. ЛПУ приймає від *члена сім'ї, опікуна або піклувальника* за письмовою заявою невикористані залишки лише ті ЛЗ, які були видані таким ЛПУ.

- 5. У разі, якщо пацієнт, який має гостре чи хронічне захворювання або *потребує продовження лікування за попередньо встановленим діагнозом та планом лікування*, зазначеним як призначення в медичному записі звертається технічними засобами електронних комунікацій до лікаря.
- *Лікар має право виписати відповідно до цих Правил e-рецепт без проведення особистого прийому пацієнта.*
- *Поширення інформації ЛПЗ чи медичним працівником, безпосередньо або через іншу особу, одній, кільком особам або невизначеному колу осіб, зокрема в рекламі, про виписування e-рецептів на ЛЗ без необхідності проведення особистого прийому та/або обстеження пацієнта забороняється.*

# Особливості заповнення рецептурних бланків для паперових рецептів

- Виправлення в паперовому рецепті *не дозволяються*.



[Наказ МОЗ України 19.07.2005 № 360](#)

# Правила заповнення спеціального рецептурного бланка форми № 3 (ф-3) для паперових рецептів:

- 3) у частині «Рецепт» дата виписування паперового рецепта, ПП та вік пацієнта;
- 4) зазначаються ПП лікаря, який виписує рецепт.
- **Підпис та особиста печатка лікаря, який виписав рецепт.**

**ФОРМА**  
Спеціального рецептурного бланка №3 (ф-3) для виписування наркотичних та психотропних лікарських засобів

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
ТОВ «Клініка «Здоров'я»

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*  
м.Київ, вул. Шевченка, 5

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*  
12345678

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики  
АА 12345 від 01.01.2019

Медична документація ф-3

**РЕЦЕПТ**

Серія **ВМ** № **12345** "хх" хх 20 року

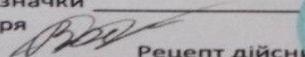
Прізвище, ініціали та вік хворого Петров А.А.

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого 12345

Прізвище та ініціали лікаря Сидоренко П.П.

Rp: Emplasti Fentanyl 50мкг/год #10  
I D.S. Наносити на неподразнену ділянку шкіри  
I верхньої частини руки

Місце для позначки

Підпис лікаря  **ЛІКАР** (Особиста печатка лікаря)

Рецепт дійсний протягом 10 днів  
Рецепт залишається в аптеці

# Лікарям забороняється підписувати не заповнені рецептурні бланки та/або засвідчувати їх печаткою:

## ФОРМА спеціального рецептурного бланка № 3 (ф-3) для виписування лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові  
(за наявності) ФОП

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер  
облікової картки платника податків\*\*

Номер та дата видачі ліцензії на провадження  
господарської діяльності з медичної практики  
або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії  
на провадження господарської діяльності  
з медичної практики \_\_\_\_\_

Медична документація ф-3

### РЕЦЕПТ

Серія № \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Прізвище, ініціали та вік пацієнта \_\_\_\_\_

Прізвище та ініціали лікаря \_\_\_\_\_

I Rp:

I

I

Підпис та особиста печатка лікаря

Рецепт дійсний протягом десяти календарних днів  
Рецепт залишається в аптеці





В разі виписування **рецептів** у *паперовій формі* - рецептурних бланків № 1 (ф-1) та № 3 (ф-3) форми, дозволяється до їх повного використання з урахуванням таких вимог:

- у графі *«Прізвище, ініціали та вік хворого»* зазначаються ППІ та вік пацієнта, якому виписується рецепт;
- у графі *«Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого»* **ставиться прочерк**;
- для спеціальних рецептурних бланків форми № 3 (ф-3) у графі **«Місце для позначки»** **ставиться прочерк**;





# Для виписування е-рецепта лікарю необхідно:

- Здійснити пошук пацієнта в базі даних.
- Якщо пацієнт не зареєстрований у системі — зареєструвати його.
- Сформулювати новий візит та внести дані про візит пацієнта в його медичну картку.

За планом лікування

Наркотичні (психотропні) ЛЗ

При створенні рецепту за планом лікування, медична програма визначається на підставі призначення

фентаніл 5.1 мг, пластир трансдермальний

16.11.2022 по 30.11.2022

5,1 мг фентаніл 1 Р/день, протягом 15 днів (max)

Уп. 5 шт, в первинній уп.[1 пакет] - 1 шт, MIN для призначення 1 шт

рецептом: 1 шт (1 пакет)

рецептом: 1 шт (1 пакет)

по 1 шт (1 пакет), 1 раз на добу, 15 діб, з 16.11.2022 по 30.11.2022.

<b>Наркотичні (психотропні ) ЛЗ</b>	
<b>План лікування обов'язковий :</b>	<i>ні</i>
<b>Тип працівника, що може виписати ЕР:</b>	<i>DOCTOR, SPECIALIST</i>
<b>Повторна виписка на МНН протягом курсу:</b>	<i>так</i>
<b>Максимальна тривалість курсу лікування за ЕР:</b>	<i>15</i>
<b>Можливість виписати лікарем без декларації:</b>	<i>так</i>
<b>Можливість виписати лікарем без декларації в данній мед. організації:</b>	<i>так</i>
<b>Можливість часткового погашення :</b>	<i>так</i>
<b>Ознака сповіщення пацієнта при операціях з рецептом вимкнено:</b>	<i>так</i>
<b>Джерело фінансування:</b>	<i>Фізична особа</i>
<b>Тип рецептурного бланку :</b>	<i>Ф. 2</i>

# ЕСОЗ

- За налаштуваннями програми встановлено, що **максимальна тривалість курсу лікування становить - 15 днів.**
- Разом з тим, **тривалість лікування наркотичним (психотропним) ЛЗ** визначається лікарем на власний розсуд, враховуючи необхідність пацієнта в ЛЗ, а також його поточний стан.
- **обмежень по створенню нового рецепта** на таку ж МНН наркотичного (психотропного) ЛЗ за один період лікування — **немає.**

**Оксикодон 10 мг, таблетки в оболонці пролонгованої дії**

**МНН**

*Основний оксикодон (oxycodone)(1 шт /10 мг)*

**Лікарська форма**

*Таблетки в оболонці пролонгованої дії*

**Форма випуску**

*блістер*

**Тип рецептурного бланку**

*Ф-3*

**Кількість в упаковці**

*№ 30 шт, №100 шт*

**Ознака дозованості**

*так*

**Максимальна кількість ЛЗ для виписування:**

*не визначено*

**Підтримуюча добова доза**

*не визначено*

**Максимальна добова доза**

*не визначено*

<b>фентаніл мг, пластир трансдермальний</b>	<b>пластир трансдермальний</b>	<b>мг/ 1 шт</b>
<b>фентаніл 4,2 мг</b>	<i>пластир трансдермальний</i>	4,2 мг/ 1 шт
<b>фентаніл 5,1 мг</b>	<i>пластир трансдермальний</i>	5,1 мг/ 1 шт
<b>фентаніл 5,78мг</b>	<i>пластир трансдермальний</i>	5,78 мг/ 1 шт
<b>фентаніл 8,4 мг</b>	<i>пластир трансдермальний</i>	8,4 мг/ 1 шт

<b>Фентавера 25</b> <b>МКГ/ГОД:</b>	<b>5,1</b>	Дюрогезик 25 мкг/год	4,2	Фентанил Сандоз 25 мкг/год	5,78
<b>Фентавера 50</b> <b>МКГ/ГОД:</b>	<b>10,2</b>	Дюрогезик 50 мкг/год	8,4	Фентанил Сандоз 50 мкг/год	11,56
<b>Фентавера 75</b> <b>МКГ/ГОД:</b>	<b>15,3</b>	Дюрогезик 75 мкг/год	12,6	Фентанил Сандоз 75 мкг/год	17,34
<b>Фентавера 100</b> <b>МКГ/ГОД:</b>	<b>20,4</b>	Дюрогезик 100 мкг/год	16,8	Фентанил Сандоз 100 мкг/год	23,12

# Як отримати рецепт на ліки в умовах відключення електроенергії ???

- На перехідному періоді у разі відсутності технічної можливості медичні працівники можуть здійснювати призначення наркотичних ЛЗ на паперових с.р.б. Ф №3.
- Водночас, якщо пацієнт отримав е-рецепт на наркотичний препарат, погасити такий рецепт можна виключно в ЕСОЗ.

# ВІД НСЗУ ХТО МОЖЕ ВИПИСУВАТИ Е-РЕЦЕПТ

- створення е-рецепта на ліки дозволено як *лікарям ПМД*, так і лікарям *спеціалізованої медичної допомоги*.
- система не перевіряє спеціалізацію лікаря, тобто створення рецептів на ЛЗ за цими програмами дозволено лікарям усіх спеціалізацій.
- наявність укладеної декларації з лікарем ПМД є не обов'язковою.
- наявність декларації пацієнта в даному надавачі медичних послуг є не обов'язковою.
- Виписування е-рецепта **обов'язково** здійснюється на основі **ВЗАЄМОДІЇ**.
- За необхідності лікар може створити **ПЛАН ЛІКУВАННЯ** (або обрати з раніше створених **ПЛАНІВ ЛІКУВАННЯ**), на який буде посилання в е-рецепті на ЛЗ.
- Таким чином, лікар може виписати е-рецепт на ЛЗ за цими програмами на основі:
  - ● **ВЗАЄМОДІЇ** (пам'ятаємо, що **ВЗАЄМОДІЯ** є **обов'язковою** для виписування е-рецепта);
  - ● **ВЗАЄМОДІЇ** (обов'язково) і додатково зробивши посилання на первинне призначення **ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ**.

- Для інформування пацієнтів про аптеки, на офіційному вебсайті *НСЗУ–перелік аптек, які мають право на відпуск наркотичних (психотропних) ЛЗ.*



**ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ**  
№ 0000-89НН-7ЕК5-7421



**ІНФОРМАЦІЙНА ДОВІДКА**

Відповідає рецептурному бланку Ф-3

Дата виписування рецепту: 16.03.2023

Дійсний до: 26.03.2023

Умови оплати: повна оплата пацієнтом

Назва програми: програма "Наркотичні (психотропні) ЛЗ"

Прізвище, ініціали та вік пацієнта: Пролев І. С., 29 р.

Назва лікарського засобу: **фентаніл 10.2 мг, пластир трансдермальний**

Кількість лікарського засобу: 5 шт

Тривалість лікування: з 16.03.2023 по 31.03.2023

Спосіб застосування: Наносити на неподрознену ділянку шкіри кожні 72 години. Хронічно хворому.

Прізвище, ініціали та телефон лікаря: Ворона А. А., +380688162986

Код за ЄДРПОУ / РНОКПП\* та найменування закладу охорони здоров'я або ФОП: 43110914, ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР "ДОБРОБУТ-ПАТРОНАЖ", Медичний центр

Адреса надавача медичних послуг\*\* : 04107 вулиця Татарська, буд. 2-Е, місто КИЇВ, ШЕВЧЕНКІВСЬКИЙ район, М.КИЇВ область

Ліцензія на провадження господарської діяльності/декларація: видана на: Медична практика, дата видачі 23.08.2019, орган що видав Міністерство охорони здоров'я України, термін дії: з 23.08.2019, номер наказу 1894.

Підпис та печатка лікаря:



\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

\*\* Фактична адреса надання медичних послуг.

КОД ПІДТВЕРДЖЕННЯ: НАДІСЛАНО НА НОМЕР +38099\*\*\*\*\*11

Хронічно хворому – не потрібно!  
Печатка – не потрібна!

ФОРМА

спеціального рецептурного бланка № 3 (ф-3) для виписування наркотичних та психотропних лікарських засобів

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП

Комунальне некомерційне підприємство «Консультаційно-діагностичний центр»

Місце знаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*

Оболонського району м. Києва  
вул. Маршала Тимошенка, 14

Код за ЄДРПОУ/Регістраційний номер облікової картки платника податків\*\*

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики  
Медична документація ф-3

РЕЦЕПТ

№ 333318 05.04.20 року

Серія ЯШ

Вирра С І 1957

Прізвище, ініціали та вік хворого

Врег 28-243

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого

Вирра С І

Прізвище та ініціали лікаря

Rp:

Feotamp 50 мг/6  
200 мг  
S. месемболус  
200 мг

Місце для позначки

М. Хорва

Підпис лікаря

Особиста печатка лікаря

Рецепт дійсний протягом 10 днів  
Рецепт залишається в аптеці

\* Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.

\*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

рецепт не вірно виписаний.

Виписано 20 пл, дозування - 2 р/д при болях??

перевищує норму відпуску.

Потрібно, щоб вірно переписали рецепт з правильним дозуванням або відпустимо 10 пл.

# Перевищено норму відпуску!

Варіанти:

- 1) зможемо відпустити тільки норму відпуску - 10 пл.
- 2) переписати рецепт, розраховуючи дозування кратно 15 днів

Місце заходження закладу охорони здоров'я або ФОП  
М. Київ, вул. Галговетівська, 1  
05492267  
Код за ЄДРПОУ/Регістраційний номер облікової картки платника податків  
№ 1664 від 22.04.2020р.  
Результати ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики  
Медична документація Ф-3

**РЕЦЕПТ**

Серія ЯЮ № 814257 15.03.2023 року

Альміз А. П., 2002 р.н.  
Прізвище, ім'я та п.б. хворого

№ 521  
Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого

Галайчук Д. О.  
Прізвище та ініціали лікаря

Rp: Emplasti Fentanyl 120,4mg №30.  
D.S. Наломити на непомітну ділянку шкіри 2 рази на добу.  
Місце для позначки  
Підпис лікаря  
Особиста печатка лікаря

Місце для позначки  
Підпис лікаря  
Особиста печатка лікаря

**ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ**  
№ 0000-0PM0-AP5P-04M4



**ІНФОРМАЦІЙНА  
ДОВІДКА**

Відповідає рецептурному бланку Ф-3

Дата виписування  
рецепту:

20.04.2023

Дійсний до:

30.04.2023

Умови оплати:

повна оплата пацієнтом

Назва програми:

програма "Наркотичні (психотропні) ЛЗ"

Прізвище, ініціали та вік  
пацієнта:

Стоколос А. В., 54 р.

Назва лікарського засобу:

**фентаніл 5.78 мг, пластир трансдермальний**

Кількість лікарського  
засобу:

**10 шт**

Тривалість лікування:

**з 20.04.2023 по 29.04.2023**

Спосіб застосування:

**Перорально 1 раз на день**

Прізвище, ініціали та  
телефон лікаря:

Зубар А. Ю., +380977454130

Код за ЄДРПОУ / РНОКПП\*  
та найменування закладу  
охорони здоров'я або ФОП:

38600846, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
НОВОАРХАНГЕЛЬСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ", Новоархангельська лікарська  
амбулаторія загальної практики сімейної медицини

Адреса надавача  
медичних послуг:

26106 вулиця Сірка І., буд. 15, село ТОРГОВИЦЯ, ГОЛОВАНІВСЬКИЙ  
район, КІРОВОГРАДСЬКА область

Ліцензія на провадження  
господарської діяльності  
декларація:

№ 638624, видана на: Медична практика, дата видачі 10.01.2019,  
орган що видав Міністерство охорони здоров'я України, термін дії:  
з 10.01.2019, номер наказу 58.

Підпис та печатка лікаря:



*А. Зубар*

Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера  
облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у  
паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.  
\* Фактична адреса надання медичних послуг.

КОД ПІДТВЕРДЖЕННЯ: НАДІСЛАНО НА НОМЕР +38097\*\*\*\*\*47

Невірне призначення.  
Перорально?

## Активний рецепт: 0000-AP5E-40KP-H3XE

Дата виписки: 20.04.2023

Призначення: фентаніл 11.56 мг, пластир трансдермальний.  
Кількість: 20 шт Залишилось погасити: **20 шт**

Добова доза ЛЗ: 2 шт

Разова доза ЛЗ: 2 шт

Сигнатура рецепту: по 2 пластира 2 рази в день кожні 72 години

Невірна "сигнатура" - по 2/ 2 рази в день/ кожні 72 год.

Потрібно, щоб лікар вказав вірну сигнатуру на цю кіль-ть пластирю.

лінія відриву

ФОРМА

рецептурного бланка № 1 (Ф-1) для виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість, безоплатно або з доплатою  
Найменування закладу охорони здоров'я або П.І.Б. ФОП  
Оболонського р-ну м.Києва  
вул. Маршала Тимошенка, 14

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*

Рекавізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Медична документація Ф-1

РЕЦЕПТ № 0005588 «Листопад» 2022 р.  
дорослий, дитячий (потрібно підкреслити) (дата виписування рецепта)

За повну вартість оошо

Безоплатно джерело фінансування

З доплатою джерело фінансування Можина В Є

Прізвище, ініціали та вік хворого

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого 1948

Прізвище та ініціали лікаря Петренко Д

Rp: sol Nelprifin 10

Rp: sol N 10 10

Rp: sol N 10 10

Додаткова інформація

Підпис та особиста печатка лікаря (розбірливо)

Рецепт дійсний протягом 1 місяця



Налбуфін не є препаратом для лікування хронічного болю.

В нових стандартах лікування болю Налбуфін - відсутній

Помилки:

- 1) виправлення в №21
- 2) кількість 21
- 3) написано безоплатно (так виписують рецепти, які підлягають відшкодуванню державою).
- 4) відсутність інформації про ліцензію на медичну практику.
- 5) Хронічно хворому – зайва.
- 6) Онко – зайва.

**Висновок: Потрібно виписати новий рецепт.**

*Невірно виписаний рецепт віддається уповноваженій особі ЛПУ та утилізується.*

Місцевий державний заклад охорони здоров'я або приватний мед. заклад (ФОП)

Місцевий державний заклад охорони здоров'я або приватний мед. заклад (ФОП)

Код закладу ЛПУ / Підприємства / Іншої установи / Особи / Приватного підприємства

№ рецепта

РЕЦЕПТ

Серія ЛД № 225089 13 03 23

Стешаново О.В., 15.08.1973

Врадівко Тимішевського 204

Рзбевць Л.Ф.

Рd: morphini 10 mg  
Ad №21 in tab  
S 0 1/2 tab x 3р/д

Місце для позначки

Підпис лікаря

Печатка лікаря

13

**ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ**  
№ 0000-4A7A-XXXX-AX20



**ІНФОРМАЦІЙНА  
ДОВІДКА**

Відповідає рецептурному бланку Ф-3

Дата виписування  
рецепту:

27.04.2023

Дійсний до:

07.05.2023

Умови оплати:

повна оплата пацієнтом

Назва програми:

програма "Наркотичні (психотропні) ЛЗ"

Прізвище, ініціали та вік  
пацієнта:

Пого, [redacted], 68 р.

Назва лікарського засобу:

**фентаніл 11.56 мг, пластир трансдермальний**

Кількість лікарського  
засобу:

**15 шт**

Тривалість лікування:

**з 27.04.2023 по 11.05.2023**

Спосіб застосування:

**Трансдермально 1 раз на 72 години**

Прізвище, ініціали та  
телефон лікаря:

Кьокер [redacted] 177611

Код за ЄДРПОУ / РНОКПП\*  
та найменування закладу  
охорони здоров'я або ФОП:

02011976. ЛПРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
"НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР РАКУ" - державне некомерційне  
підприємство "Націон"

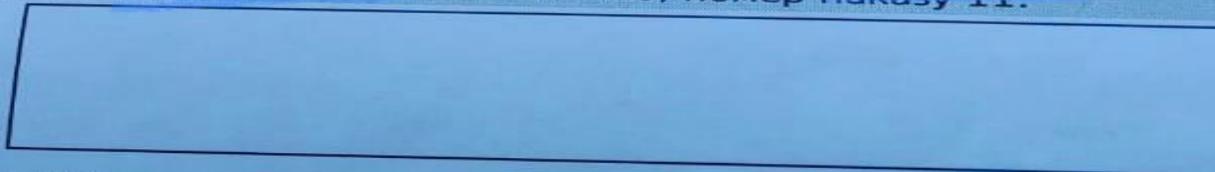
Адреса надавача  
медичних послуг\*\*:

вулиця [redacted], буд. 33/43, місто Київ, М.Київ обла

Ліцензія на провадження  
господарської діяльності/  
декларація:

№ АВ 570170 [redacted] на: Медична практика, дата видачі  
22.04.2010, орган що видав Міністерство охорони здоров'я  
України, термін дії: 22.04.2010, номер наказу 11.

Підпис та печатка лікаря:



\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номеру облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

\*\* Фактична адреса надання медичних послуг.

КОД ПІДТВЕРДЖЕННЯ: НАДІСЛАНО НА НОМЕР + [redacted] 14

**ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ**  
№ 0000-21H9-0255-KA98



**ІНФОРМАЦІЙНА  
ДОВІДКА**

Відповідає рецептурному бланку Ф-3

Дата виписування рецепту: 21.04.2023  
Дійсний до: 01.05.2023  
Умови оплати: повна оплата пацієнтом  
Назва програми: програма "Наркотичні (психотропні) ЛЗ"

Прізвище, ініціали та вік пацієнта: Стоколос А. В., 54 р.  
Назва лікарського засобу: **фентаніл 5.78 мг, пластир трансдермальний**

Кількість лікарського засобу: **10 шт**  
Тривалість лікування: **з 21.04.2023 по 30.04.2023**  
Спосіб застосування: **Трансдермально 1 раз на день**

Прізвище, ініціали та телефон лікаря: Зубар А. Ю., +380977454130

Код за ЄДРПОУ / РНОКПП\* та найменування закладу охорони здоров'я або ФОП: 38600846, КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО НОВОАРХАНГЕЛЬСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ "ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ", Новоархангельська лікарська амбулаторія загальної практики сімейної медицини  
Адреса надавача медичних послуг: 26106 вулиця Сірка І., буд. 15, село ТОРГОВИЦЯ, ГОЛОВАНІВСЬКИЙ район, КІРОВОГРАДСЬКА область

Ліцензія на провадження господарської діяльності декларація: № 638624, видана на: Медична практика, дата видачі 10.01.2019, орган що видав Міністерство охорони здоров'я України, термін дії: з 10.01.2019, номер наказу 58.



Підпис та печатка лікаря: *Зубар А. Ю.*

\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, значаючись верну (за наявності) та номер паспорта.  
Залишена адреса надавача медичних послуг.

КОД ПІДТВЕРДЖЕННЯ: НАДІСЛАНО НА НОМЕР +38097\*\*\*\*47

**ФОРМА**

**Спеціального рецептурного бланка №3 (Ф-3) для  
виписування наркотичних та психотропних лікарських  
засобів**

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові ФОП  
ТОВ «Клініка «Здоров'я»

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП\*  
м.Київ, вул. Шевченка, 5

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\*  
12345678

Реквізити ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

АА 12345 від 01.01.2019

Медична документація ф-3

**РЕЦЕПТ**

Серія **ВМ** № **12347** "xx" xx 20 року

Прізвище, ініціали та вік хворого Петров А.А.

Номер карти амбулаторного чи стаціонарного хворого 12345

Прізвище та ініціали лікаря Сидоренко П.П.

Rp: Tab. Oxycodoni 10mg #30

| D.S. внутрішньо по 1 таблетці кожні 12 годин

|

Місце для позначки

Підпис лікаря

*Сидоренко П.П.*



Особиста печатка лікаря

Рецепт дійсний протягом 10 днів  
Рецепт залишається в аптеці



Дякую за увагу!

*Все буде Україна!*