



ЭНДОФАРМ

Федеральное государственное унитарное предприятие
«Московский эндокринный завод»

Лекарственные препараты для оказания
паллиативной медицинской помощи,
производства ФГУП «Московский
эндокринный завод»

Составители:

Невзорова Д. В., Кудрина О. Ю., Сидоров А. В.,
Шершакова Л. В., Балавнева А. Ю.

*Информация предназначена для медицинских
и фармацевтических работников. Полная
информация по препаратам содержится в
инструкциях по медицинскому применению,
приведенных к каждому препарату под QR-кодом.*

*Для распространения на специализированных
медицинских и фармацевтических мероприятиях.*

Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681)



Бупраксон®

МНН: Бупренорфин + Налоксон



Таблетки подъязычные 0,2 мг + 0,2 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- болевой синдром средней и сильной интенсивности.



с 18 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование (штамп)
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **45HP** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

*Buprenorphini 0,2 mg +Naloxoni 0,2 mg
Dtd N 20 in tab.
S. По 1 таб. подъязычно каждые 6 часов*

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
60 таблеток (до 120 таблеток)



Бупранал®

МНН: Бупренорфин

ЖНЛВП



Раствор для инъекций 0,3 мг/мл ампулы 1 мл № 10

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее наркотическое средство:
опиоидных рецепторов агонист-антагонист.

Показания к применению:

- выраженный болевой синдром травматического происхождения;
- предоперационный, операционный и послеоперационный периоды;
- боли при злокачественных образованиях;
- другие состояния, сопровождающиеся болями.



с 18 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

“ **19** ” **марта** 20 **22** г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович

Возраст 67

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710

Номер медицинской карты МК № 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович

Рр.:

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

Dtd №20 (двадцать) in amp.

**S. По 1 мл в/м каждые 6 часов и на прорывы боли
в течение не более трех дней**

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. См
Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

и подпись работника аптечной организации

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
30 ампул (до 60 ампул)



Морфин

МНН: Морфин

ЖНЛВП



Раствор для инъекций 10 мг/мл ампулы 1 мл № 10

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:
• купирование сильной боли.



с рождения

ЭНДОФАРМ
Федеральное государственное учредительное предприятие
«Московский эндокринный завод»

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

“ **19** ” **марта** 20 **22** г.

(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
Возраст 67
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
Номер медицинской карты МК № 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
Рр.:

Sol. Morphini 10 mg/ml - 1 ml
Dtd N 20 (двадцать) in amp.
S. По 1 мл п/к каждые 4 часа и на прорывы боли

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. С.С.
Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись работника аптечной организации

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
20 ампул (до 40 ампул)

ENDOPHARM.RU



Морфин

МНН: Морфин

ЖНЛВП



Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- острый и хронический болевой синдром сильной интенсивности, не купируемый другими лекарственными средствами.



с 3 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

“ **19** ” **марта** 20**22** г.

(дата выписки рецепта)

взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
Возраст 67
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
Номер медицинской карты МК № 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
Rp.:

Morphini 5 mg
Dtd N 20 (двадцать) in tab.
S. По 1 таб. внутрь каждые 4 часа и на прорывы боли

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. С.М.
Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись работника аптечной организации



Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:

5 мг – 100 таблеток (до 200 таблеток)

10 мг – 100 таблеток (до 200 таблеток)



Морфин

МНН: Морфин

ЖНЛВП



**Раствор для приема внутрь
2 мг/мл, 6 мг/мл, 20 мг/мл ампулы п/э 5 мл № 20**

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- острый и хронический болевой синдром сильной интенсивности, не купируемый другими лекарственными средствами.



с 3 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

“ **19** ” **марта** 20**22** г.
(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
 Возраст 67
 Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
 Номер медицинской карты МК № 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
 Рр: _____

Sol. Morphini 2 mg/ml – 5 ml
Dtd N 40 (сорок) in amp.
S. По 5 мл внутрь каждые 4 часа и на прорывы боли

Подпись и личная печать врача _____ М.П.
 (подпись фельдшера, акушерки)
 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись уполномоченного лица медицинской организации Семенова Анна Сергеевна М.П.
 Отметка аптечной организации об отпуске _____ М.П.
 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись работника аптечной организации _____
 Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
2 мг/мл 5 мл – 100 ампул п/э (до 200 ампул п/э)
6 мг/мл 5 мл – 80 ампул п/э (до 160 ампул п/э)
20 мг/мл 5 мл – 30 ампул п/э (до 60 ампул п/э)



Морфин

МНН: Морфин



Капли для приема внутрь 20 мг/мл флаконы 10 мл № 2

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- острый и хронический болевой синдром сильной интенсивности, не купируемый другими лекарственными средствами.



с 3 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

“ **19** ” **марта** 20**22** г.

(дата выписки рецепта)

взрослый, детский - нужное подчеркнуть

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович

Возраст 67

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710

Номер медицинской карты МК № 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович

Рр.:

Sol. Morphini 20 mg/ml – 10 ml

Dtd N 2 (два) in fl.

S. По 10 капель внутрь каждые 4 часа и на прорывы боли

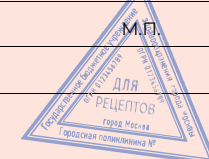
Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись работника аптечной организации



Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Назначается по решению врачебной комиссии

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
4 флакона (до 8 флаконов)



Морфин лонг

МНН: Морфин

ЖНЛВП



Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- длительное купирование выраженного и хронического болевого синдрома.
- Не применяется для купирования острого болевого синдрома.



с 3 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

« **19** » **марта** 20 **22** г.
(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
Возраст 67
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
Номер медицинской карты МК№ 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
Rp.:

Morphini 30 mg
Dtd N 40 (сорок) in tab. prolong. obd.
S. По 1 таб. внутрь каждые 12 часов

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись работника аптечной организации



Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП
Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
10 мг – 180 таблеток (до 360 таблеток)
30 мг – 60 таблеток (до 120 таблеток)
60 мг – 40 таблеток (до 80 таблеток)
100 мг – 20 таблеток (до 40 таблеток)



ОМНОПОН

МНН: Кодеин + Морфин + Носкапин + Папаверин + Тебаин



Раствор для подкожного введения
0,72 + 5,75 + 2,7 + 0,36 + 0,05 мг/мл
и 1,44 + 11,5 + 5,4 + 0,72 + 0,1 мг/мл ампулы 1 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- сильная боль различной этиологии;
- обезболивание при проведении болезненных диагностических и терапевтических мероприятий.



с 2 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

« **19** » **марта** 20 **22** г.

(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
 Возраст 67
 Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
 Номер медицинской карты МК№ 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
 Рр.:

**Sol. Codeini 1,44 + Morphini 11,5 + Noscapini 5,4 + Papaverini 0,72 +
 + Tebaini 0,1 mg/ml - 1 ml
 Dtd N 20 (двадцать) in amp.
 S. По 1 мл п/к каждые 4 часа**

Подпись и личная печать врача
 (подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись работника аптечной организации

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Назначается по решению врачебной комиссии

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
20 ампул (до 40 ампул)



Промедол

МНН: Тримеперидин

ЖНЛВП



Раствор для инъекций 10 мг/мл ампулы 1 мл № 5 и № 10,
20 мг/мл ампулы 1 мл № 5 и № 10

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- болевой синдром средней и сильной интенсивности;
- в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах.



с 2 лет

ЭНДОФАРМ
Федеральное государственное унитарное предприятие
«Московский эндокринный завод»

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ



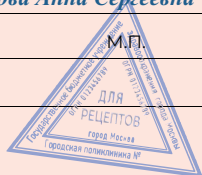
Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

« **19** » **марта** 20 **22** г.
(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
Возраст 67
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
Номер медицинской карты МК№ 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
Рр.:

**Sol. Trimeperidini 20 mg/ml - 1 ml
Dtd N 20 (двадцать) in amp.
S. По 1мл в/м каждые 8 часов**

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки) _____ М.П. 
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись уполномоченного лица медицинской организации Семенова Анна Сергеевна М.П. 
Отметка аптечной организации об отпуске _____ М.П.
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись работника аптечной организации _____

Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
20 ампул (до 40 ампул)

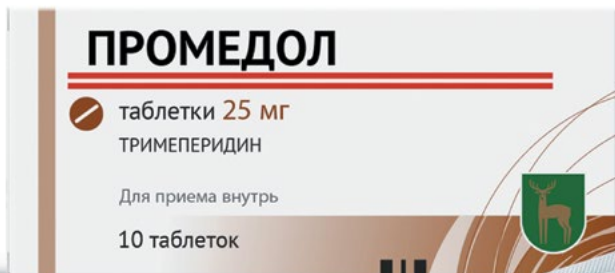
ENDOPHARM.RU



Промедол

МНН: Тримеперидин

ЖНЛВП



Таблетки 25 мг № 10

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- болевой синдром средней и сильной выраженности, резистентный к ненаркотическим анальгетикам.



с 18 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия **A C 2 2** № **0 0 0 0 1 0**

« **19** » **марта** 20 **22** г.

(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
Возраст 67
Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
Номер медицинской карты МК№ 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
Rp.:

Trimeperidini 25 mg
Dtd N 20 (двадцать) in tab.
S. По 1 таб. внутрь каждые 4 часа и на прорывы боли

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
и подпись работника аптечной организации

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
50 таблеток (до 100 таблеток)



Просидол

МНН: Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин

ЖНЛВП



Таблетки подъязычные 20 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- болевой синдром сильной и умеренной выраженности различного генеза;
- болезненные диагностические процедуры.



с 18 лет

СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

РЕЦЕПТ

Серия А С 2 2 № 0 0 0 0 1 0

« 19 » марта 20 22 г.

(дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович
 Возраст 67
 Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710
 Номер медицинской карты МК№ 146-18

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович
 Rp.:

Propionilphenyletoxyethylpiperidini 20 mg
Dtd N 20 (двадцать) in tab.
S. По 1 таб. на слизистую щеки на прорывы боли

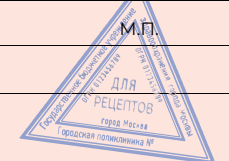
Подпись и личная печать врача
 (подпись фельдшера, акушерки)



Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись уполномоченного лица медицинской организации

М.П. Семенова Анна Сергеевна

Отметка аптечной организации об отпуске
 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
 и подпись работника аптечной организации



Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 107/у-НП

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
50 таблеток (до 100 таблеток)



Налоксон + Оксикодон

ЖНЛВП

МНН: Налоксон + Оксикодон



Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг + 5 мг, 5 мг + 10 мг, 10 мг + 20 мг, 20 мг + 40 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее наркотическое средство: опиоидных рецепторов агонист-антагонист.

Показания к применению:

• тяжелый болевой синдром у взрослых, требующий применения опиоидных анальгетиков.

В состав препарата входит налоксон, который может уменьшить проявления опиоид-индуцированного запора посредством блокирования действия оксикодона на опиоидные рецепторы кишечника.



с 18 лет

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия 45НР № 000001

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Naloxoni 5mg + Oxycodoni 10 mg

Titl N 60 in tab. prolong. obd.

S. По 1 таб. внутрь каждые 12 часов

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:

5 мг + 2,5 мг – 100 таблеток (до 200 таблеток)

10 мг + 5 мг – 60 таблеток (до 120 таблеток)

20 мг + 10 мг – 40 таблеток (до 80 таблеток)

40 мг + 20 мг – 20 таблеток (до 40 таблеток)



Фентанил

МНН: Фентанил

ЖНЛВП



Пластырь трансдермальный 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч № 5

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- взрослые:** выраженная хроническая боль, которая адекватно купируется только с помощью опиоидных анальгетиков;
- дети:** длительное применение при выраженной хронической боли у детей старше 2 лет, получавших опиоидные анальгетики.



с 2 лет

ЭНДОФАРМ
Федеральное государственное учредительное предприятие
«Московский эндокринный завод»

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Наименование (штамп) 148000_Область, Город, улица, дом № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
 Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдающего лицензию)
 Код формы по ОКУД 3108805
 Медицинская документация
Форма № 148-1/у-88
 Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021г. № 1094н

Серия **45НР** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« 19 » марта 20 22 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

*Emplast. transderm. Fentanyl 25 mcg/h
 Dtd N 5
 S. По 1 пластырю на кожу на 72 часа*

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



* Допускается указание в прописи рецепта любого из вариантов: «СТТ» или «Emplast. transderm.», — оба варианта считаются верными

По рецепту № 148-1/у-88
 Предельно допустимое количество препарата для выписки на 1 рецепт:
12,5 мкг/час – 20 пластырей (до 40 ТТС)
25 мкг/час – 20 пластырей (до 40 ТТС)
50 мкг/час – 10 пластырей (до 20 ТТС)
75 мкг/час – 10 пластырей (до 20 ТТС)
100 мкг/час – 10 пластырей (до 20 ТТС)

ENDOPHARM.RU



Фентанил

МНН: Фентанил

ЖНЛВП

Перечень наркотических и психотропных лекарственных препаратов, относящихся к списку II

Бупраксон®, таблетки подъязычные 0,2 мг + 0,2 мг № 20

Бупранал®, раствор для инъекций 0,3 мг/мл ампулы 1 мл № 10

Морфин, раствор для инъекций 10 мг/мл ампулы 1 мл № 10

Морфин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг № 20

Морфин, раствор для приема внутрь 2 мг/мл, 6 мг/мл, 20 мг/мл ампулы 5 мл № 20

Морфин, капли для приема внутрь 20 мг/мл флаконы 10 мл № 2

Морфин лонг, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг № 20

Оmnopон, раствор для подкожного введения 0,72 + 5,75 + 2,7 + 0,36 + 0,05 мг/мл и 1,44 + 11,5 + 5,4 + 0,72 + 0,1 мг/мл ампулы 1 мл № 5

Промедол, раствор для инъекций 10 мг/мл ампулы 1 мл № 10, 20 мг/мл ампулы 1 мл № 10, 20 мг/мл ампулы 1 мл № 5

Промедол, таблетки 25 мг № 10

Просидол, таблетки подъязычные 20 мг № 10, № 20

Налоксон + Оксикодон, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг + 5 мг № 20, 5 мг + 10 мг № 20, 10 мг + 20 мг № 20, 20 мг + 40 мг № 20

Фентанил, пластырь трансдермальный 12,5 мкг/ч № 5, 25 мкг/ч № 5, 50 мкг/ч № 5, 75 мкг/ч № 5, 100 мкг/ч № 5

Фентанил, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 50 мкг/мл ампулы 1 мл № 5, ампулы 2 мл № 5



Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 50 мкг/мл ампулы 1 мл, 2 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее наркотическое средство.

Показания к применению:

- болевой синдром сильной и средней интенсивности: послеоперационная боль, боль у онкологических больных.

Отпуск только для стационаров.



с 1 года

Список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (Список III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681)



Золпидем

МНН: Золпидем



Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
снотворное средство.

Показания к применению:

- лечение преходящей и ситуационной бессонницы у взрослых при клинически значимом (тяжелом) нарушении сна, включая трудности с засыпанием.



с 18 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии: Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

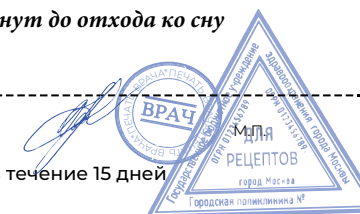
Zolpidemi 10 mg

Dtd N 20 in tab.

S. По 1 таб. внутрь за 30 минут до отхода ко сну

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии



Клобазам

МНН: Клобазам



Таблетки 10 мг № 30

Фармакотерапевтическая группа:
производные бензодиазепина.

Показания к применению:

- симптоматическое лечение острых и хронических состояний напряжения, возбуждения и тревоги;
- эпилепсия (в качестве дополнительного препарата у пациентов, которым не помогло лечение одним или более противосудорожными препаратами).



с 3 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование (штамп)
146000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **45HP** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента
01.09.2021, семь месяцев

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Clobazami 10 mg
Dtd N 30 in tab.
S. По 1 таб. внутрь 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

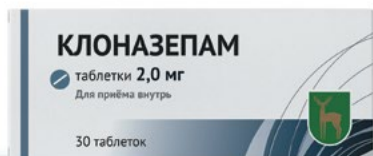
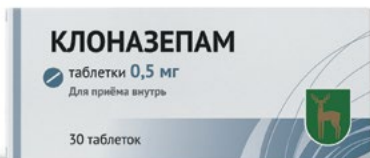
Назначается по решению врачебной комиссии



Клоназепам

МНН: Клоназепам

ЖНЛВП



Таблетки 0,5 мг и 2,0 мг № 30

Фармакотерапевтическая группа:

противоэпилептическое средство.

Показания к применению:

- все клинические формы эпилепсии и судорог у детей и взрослых, в том числе абсансы (малый эпилептический припадок), включая атипичные абсансы;
- первичные или вторичные генерализованные клонико-тонические (большой эпилептический припадок), тонические или клонические судороги;
- простые или сложные парциальные (фокальные) судороги;
- различные формы миоклонических судорог, миоклонус и связанные с ними патологические движения;
- состояния психомоторного возбуждения на фоне реактивных психозов.



с 3 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
медицинской организации № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **45НР** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Clonazepam 2 mg

Did N 30 in tab.

S. По 1 таб. внутрь 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии



Мидазолам

МНН: Мидазолам



Раствор защечный 5 мг/мл тубик 1 мл, 1,5 мл, 2 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:

снотворное средство.

Показания к применению:

- лечение продолжительных (более 2-3 минут) острых судорожных припадков при эпилепсии у детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, а также взрослых пациентов, старше 18 лет;
- лечение младенцев в возрасте 3-6 месяцев должно проводиться в условиях стационара при возможности мониторинга их состояния и наличии реанимационного оборудования;
- препарат показан детям в возрасте от 6 месяцев до 18 лет для седации с сохранением сознания перед диагностическими или лечебными процедурами, а также для премедикации перед вводным наркозом.



с 3 месяцев

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия 45НР № 000001

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« 19 » марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

01.09.2021, семь месяцев

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

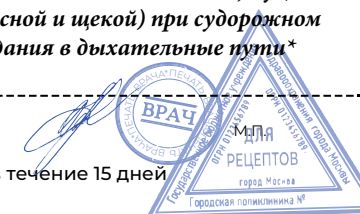
Sol. Midazolami 5 mg/ml - 1 ml

Dtd N 4 in tubul.

*S. Содержимое 1 тубика медленно ввести за щеку (в пространство между десной и щекой) при судорожном приступе, избегая попадания в дыхательные пути**

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



* при большом объеме или у маленьких пациентов можно поделить объем раствора на две части (примерно, пополам) для введения за обе щеки

По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии



Мидазолам

МНН: Мидазолам

ЖНЛВП



Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 5 мг/мл ампулы 1 мл № 10, ампулы 3 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:
снотворное средство.

Показания к применению:

- седация с сохранением сознания перед диагностическими или лечебными процедурами, производимыми под местным обезболиванием или без него, а также во время их проведения;
- премедикация перед вводимым наркозом, длительная седация.



с 6 месяцев
до 6 месяцев с осторожностью

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

*Sol. Midazolami 5mg/ml – 1 ml
Dtd N 10 in amp.
S. По 2 мл в/м при судорогах*

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Налбуфин

МНН: Налбуфин



Раствор для инъекций 20 мг/мл ампулы 1 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее опиоидное средство, опиоидных рецепторов агонист-антагонист.

Показания к применению:

- купирование выраженного болевого синдрома, который требует применения опиоидных анальгетиков, при недостаточной эффективности альтернативных методов лечения.



с 18 лет

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Наименование учреждения: 149000, Область, город, улица, дом № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
 Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдающего лицензию)

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ
 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
 " 19 " марта 2022 г.
 (дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.
 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента
 20.05.1955
 Дата рождения
 МК№ 146-18
 Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
Иванов И.И.
 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Коп. Rp.
Sol. Nalbuphini 20 mg/ml - 1 ml
Dtd N 20 in amp.
S. По 1 мл п/к каждые 6-8 часов

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)
 Рецепт действителен в течение 15 дней

М.П. для РЕЦЕПТОВ
 город Москва
 Городская поликлиника №

По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии



Нитразепам

МНН: Нитразепам

ЖНЛВП



Таблетки 5 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:

снотворное средство.

Показания к применению:

- нарушения сна различного генеза;
- эпилепсия у детей в возрасте от 4 месяцев до 1-2 лет – синдром Веста (инфантильный спазм или молниеносные кивательные салаамовы судороги).



с 4 месяцев

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Наименование учреждения: 148000, Область, Город, улица, дом № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию. Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента

20.05.1955
Дата рождения

МК№ 146-18
Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Коп. Rp.

Nitrazepami 5 mg
Дtd N 20 in tab.
С. По 1 таб. внутрь за 30 минут до отхода ко сну

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Печать врача: МЕДИА РЕЦЕПТОВ, город Москва, Городская поликлиника №

По рецепту № 148-1/у-88



Сибазон

МНН: Диазепам



**Раствор ректальный 2 мг/мл и 4 мг/мл
микроклизмы 2,5 мл № 5**

Фармакотерапевтическая группа:
анксиолитическое средство (транквилизатор).

Показания к применению:

- лечение продолжительных (более 2-3 минут) острых судорожных припадков при эпилепсии у младенцев с 6 месяцев, детей грудного, дошкольного, младшего школьного возраста и подростков (до 18 лет);
- у взрослых пациентов (старше 18 лет) по следующим показаниям:
 - эпилептические и фебрильные судороги;
 - мышечный спазм, вызванный столбняком;
 - в качестве седативного средства при малых хирургических вмешательствах;
 - психомоторное возбуждение, тяжелые тревожные состояния.

Диазепам в данной лекарственной форме применяется, если требуется быстрое наступление терапевтического эффекта, однако внутривенная инъекция нецелесообразна или нежелательна.



с 6 месяцев

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование (штамп)
145000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 20 22 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента
01.09.2021, семь месяцев

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.
Sol. Diazepam 2 mg/ml – 2.5 ml
Dtd N 5 in enet.
**S. Содержимое 1 микроклизмы ввести в прямую
кишку при судорожном приступе**

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии



Сибазон

МНН: Диазепам

ЖНЛВП



**Раствор для внутривенного и внутримышечного введения
5 мг/мл ампулы 2 мл № 5, № 10**

Фармакотерапевтическая группа:
анксиолитическое средство (транквилизатор).

Показания к применению:

- при психомоторном возбуждении;
- при пределириозных состояниях и делирии;
- при эпилептическом статусе и других судорожных состояниях;
- при мышечных спазмах центрального происхождения при нейродегенеративных заболеваниях.



с 1 месяца

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
111-11-11
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Sol. Diazepam 5 mg/ml - 2 ml
Dtd N 10 in amp.
S. По 2 мл в/м при возбуждении

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Сибазон

МНН: Диазепам

ЖНЛВП



Таблетки 5 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:

анксиолитическое средство (транквилизатор).

Показания к применению:

Назначают в качестве:

- седативного средства при психомоторном возбуждении;
- анксиолитического средства при острых тревожно-фобических и тревожно-депрессивных состояниях;
- миорелаксирующего и противосудорожного средства при мышечных спазмах центрального происхождения при нейродегенеративных заболеваниях;
- подготовка к операционным вмешательствам и диагностическим процедурам.



с 6 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии: Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия 45НР № 000001

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

*Diazepam 5 mg
Dtd N 20 in tab.
S. По 1 таб. внутрь 3 раза в день*

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Фенобарбитал

МНН: Фенобарбитал

ЖНЛВП



Таблетки 100 мг № 10

Фармакотерапевтическая группа:
противоэпилептическое средство.

Показания к применению:

- лечение и профилактика всех форм эпилепсии, за исключением абсансов (Petit mal);
- судороги неэпилептического генеза;
- хорея, спастический паралич, нарушения сна, психомоторное возбуждение, тревога, страх.



с 3 лет

ЭНДОФАРМ
Федеральное государственное унитарное предприятие
«Московский эндокринный завод»

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Наименование учреждения: 149000, Область, Город, улица, дом № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
 Наименование (штамп) медицинской организации: Тел: 8 (945) 111-11-11
 Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдающего лицензию)

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ
 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
 « 19 » марта 2022 г.
 (дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.
 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента
20.05.1955
 Дата рождения
МК№ 146-18
 Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.
 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Коп. Rp.

Phenobarbitali 100 mg
Dtd N 20 in tab.
S. По 1 таб. внутрь 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)
 Рецепт действителен в течение 15 дней

По рецепту № 148-1/у-88

ENDOPHARM.RU

Перечень лекарственных средств
для медицинского применения, подлежащих
предметно-количественному учету,
утвержденный приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 22 апреля 2014 г. № 183н



Бензонал

МНН: Бензобарбитал

ЖНЛВП



Таблетки 100 мг № 50

Фармакотерапевтическая группа:
противоэпилептическое средство.

Показания к применению:

Судорожный синдром, эпилепсия различного генеза, все виды припадков:

- парциальные припадки;
- вторично генерализованные припадки;
- тонико-клонические припадки;
- миоклонические припадки;
- припадки при синдроме Леннокса-Гасто;
- инфантильные спазмы.



с 7 лет

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Наименование учреждения: 148000, Область, Город, улица, дом № и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
 Тел: 8 (945) 111-11-11
 Код формы по ОКУД 3108805
 Медицинская документация
Форма № 148-1/у-88
 Утверждена приказом
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
 от 24 ноября 2021г. № 1094н

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

***Benzobarbitali 100 mg
Dtd N 50 in tab.
S. По 1 таб. внутрь 3 раза в день***

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Трамадол

МНН: Трамадол

ЖНЛВП



Раствор для инъекций 50 мг/мл ампулы 1 мл, 2 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее средство со смешанным механизмом действия.

Показания к применению:

- лечение боли средней и высокой интенсивности.



с 1 года

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« 19 » марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК № 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Sol. Tramadoli 50 mg/ml - 2 ml

Dtd N 20 in amp.

S. По 2 мл в/м каждые 6-8 часов

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Трамадол

МНН: Трамадол

ЖНЛВП



Капсулы 50 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее средство со смешанным механизмом действия.

Показания к применению:

- болевой синдром средней и высокой интенсивности различной этиологии (например, боли у онкологических больных, при травмах и в послеоперационном периоде).



с 14 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия 45НР № 000001

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« 19 » марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Tramadoli 50 mg

Dtd N 40 in caps.

S. По 1 капс. внутрь каждые 6-8 часов

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Трамадол

МНН: Трамадол

ЖНЛВП



Капсулы 100 мг № 10, № 20

Фармакотерапевтическая группа:

анальгезирующее средство со смешанным механизмом действия.

Показания к применению:

- болевой синдром средней и высокой интенсивности различной этиологии (например, боли у онкологических пациентов, при травмах, в послеоперационном периоде);
- болезненные диагностические и терапевтические мероприятия.



с 14 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11

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

Серия **4 5 Н Р** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« 19 » марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Tramadoli 100 mg

Dtd N 40 in caps.

S. По 1 капс. внутрь каждые 6-8 часов

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Тригексифенидил

МНН: Тригексифенидил

ЖНЛВП



Таблетки 2 мг № 50

Фармакотерапевтическая группа:
холиноблокатор центральный.

Показания к применению:

- паркинсонизм (все виды, включая болезнь Паркинсона): двигательные нарушения, связанные с поражением экстрапирамидной системы.



с 18 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия **45НР** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб. Коп. Rp.

Trihexyphenidyl 2 mg

Dtd N 25 in tab.

S. По 1 таб. внутрь 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88



Теофедрин-Н®

МНН: Парацетамол + Теофиллин + Кофеин +
+ Фенобарбитал + Эфедрина гидрохлорид
+ Экстракт красавки густой + Цитизин



Таблетки 200 мг + 100 мг + 50 мг + 20 мг + 20 мг + 3 мг +
+ 0,1 мг № 10

Фармакотерапевтическая группа:
бронходилатирующее средство комбинированное.

Показания к применению:

- вспомогательное средство при заболеваниях органов дыхания, сопровождающихся бронхоспазмом (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких).



с 18 лет

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения
149000, Область, Город, улица, дом
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
Тел: 8 (945) 111-11-11
Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдающего лицензию)

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

Серия 4 5 Н Р № 000001

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

“ 19 ” марта 2022 г.
(дата оформления рецепта)

Сидоров И. П.

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

20.05.1955

Дата рождения

МК№ 146-18

Адрес места жительства или
№ медицинской карты амбулаторного пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Иванов И.И.

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

Руб.

Коп.

Rp.

**Paracetamoli 200 mg + Theophyllini 100 mg + Caffeini 50 mg +
+ Phenobarbitali 20 mg + Ephedrini hydrochloridi 20 mg +
+ Extr. Belladonnae spissi 3 mg + Cytisini 0,1 mg
Dtd N 10 in tab.**

S. По 1/2 таб. внутрь 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней



По рецепту № 148-1/у-88

Назначается по решению врачебной комиссии

Адьюванты и средства
симптоматической терапии



Амитриптилин

МНН: Амитриптилин

ЖНЛВП



**Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 10 мг/мл ампулы 2 мл №5, № 10
Таблетки 25 мг № 50**

Фармакотерапевтическая группа:
антидепрессант.

Показания к применению:

- эндогенные депрессии и другие депрессивные расстройства.

По рецепту № 107-1/y



с 18 лет

Метоклопрамид

МНН: Метоклопрамид

ЖНЛВП



Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 5 мг/мл ампулы 2 мл № 10

Фармакотерапевтическая группа:

противорвотное средство – дофаминовых рецепторов блокатор центральный.

Показания к применению:

Взрослые:

- профилактика послеоперационной тошноты и рвоты;
- симптоматическое лечение тошноты и рвоты, в том числе при острой мигрени;
- профилактика тошноты и рвоты, вызванной лучевой терапией и химиотерапией;
- для усиления перистальтики при рентгеноконтрастных исследованиях желудочно-кишечного тракта.

Дети:

- вторая линия лечения послеоперационной тошноты и рвоты;
- вторая линия профилактики отсроченной тошноты и рвоты, вызванной химиотерапией.

По рецепту № 107-1/y



с 1 года



Налоксон

МНН: Налоксон

ЖНЛВП



Раствор для инъекций 0,4 мг/мл ампулы 1 мл № 10

Фармакотерапевтическая группа:

опиоидных рецепторов антагонист.

Показания к применению:

- передозировка опиоидов;
- угнетение дыхательного центра, вызванное опиоидами;
- в качестве диагностического средства у больных с подозрением на опиоидную зависимость.

По рецепту № 107-1/y



с рождения

Налтрексон

МНН: Налтрексон

ЖНЛВП



Капсулы 50 мг № 10

Фармакотерапевтическая группа:

опиоидных рецепторов антагонист.

Показания к применению:

- лечение алкогольной зависимости и блокада экзогенно введенных опиоидов;
- комплексная терапия опиоидной зависимости;
- предотвращение рецидива опиоидной зависимости после опиоидной детоксикации.

По рецепту № 107-1/y



с 18 лет



Нефопам

МНН: Нефопам



Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:
прочие анальгетики и антипиретики.

Показания к применению:

- острая и хроническая боль, включая послеоперационную, скелетно-мышечную и острую травматическую боль;
- болевой синдром при онкологических заболеваниях.

По рецепту № 107-1/у



с 15 лет

Нефопам

МНН: Нефопам



Раствор для инфузий и внутримышечного введения 10 мг/мл ампулы 2 мл № 5

Фармакотерапевтическая группа:
анальгезирующее средство центрального действия.

Показания к применению:

- симптоматическое лечение острого болевого синдрома в том числе, послеоперационной боли.

По рецепту № 107-1/у



с 15 лет



Миоризон®

МНН: Толперизон + [Лидокаин]



Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл + 2,5 мг/мл ампулы № 5, № 10

Фармакотерапевтическая группа:
миорелаксант центрального действия.

Показания к применению:

- симптоматическое лечение спастичности у взрослых, обусловленной инсультом;
- миофасциальный болевой синдром средней и тяжелой степени (в том числе, мышечный спазм при дорсопатиях).

По рецепту № 107-1/y



с 18 лет

Прегабалин

МНН: Прегабалин

ЖНЛВП



Капсулы 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг № 20, 300 мг № 20 и № 50

Фармакотерапевтическая группа:
противоэпилептическое средство.

Показания к применению:

- хроническая боль, вызванная повреждением нервов (так называемая нейропатическая боль) периферического и центрального генеза;
- эпилепсия (в качестве дополнительной терапии при судорожных приступах, сопровождающихся или не сопровождающихся вторичной генерализацией);
- генерализованное тревожное расстройство.

По рецепту № 148-1/y-88



с 18 лет



Фенибут

МНН: Аминофенилмасляная кислота



Таблетки 250 мг № 20

Фармакотерапевтическая группа:

другие психостимуляторы и ноотропные препараты.

Показания к применению:

- астенические и тревожно-невротические состояния;
- заикание, тики и энурез у детей;
- бессонница и ночная тревога у людей пожилого возраста;
- болезнь Меньера, головокружения, связанные с дисфункциями вестибулярного анализатора различного генеза.

По рецепту № 107-1/y



с 18 лет

Солирект®

МНН: Натрия лаурилсульфоацетат +
+ Натрия цитрат + Сорбитол



**Раствор ректальный 9 мг/мл + 90 мг/мл + 625 мг/мл
микроклизмы 5 мл № 4, № 12**

Фармакотерапевтическая группа:

слабительное средство.

Показания к применению:

- запор, в т.ч. с энкопрезом;
- подготовка к эндоскопическому (ректоскопия) и рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта.

По рецепту № 107-1/y



с рождения



Таблица пересчета эквивалентных доз опиоидных анальгетиков

Препарат	Коэффициент пересчета (анальгетический потенциал)	Эквивалентная доза
Трамадол	0,1	10 мг
		10 мг
Тапентадол	0,4	2,5 мг
Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин (Просидол)	0,9	1,11 мг
Морфин	1	1 мг
		1 мг
Тримеперидин (Промедол)	1,5	0,67
Налоксон + Оксикодон	2	0,5 мг
Морфин	3	0,33 мг
Кодеин + Морфин (11,5 мг/мл) + Носкапин + Папаверин + Тебаин (Оmnopон)	3	0,33 мг
Бупренорфин + Налоксон (Бупраксон®)	75	0,014
Бупренорфин	100	0,01
Фентанил	100	0,42 мкг
Фентанил	100	0,01

Путь введения	Начало анальгетического действия	Продолжительность анальгетического действия
Пероральный	30 - 60 мин	4 - 6 ч
Инъекционный	10 - 20 мин	4 - 6 ч
Пероральный	30 - 60 мин	4 - 6 ч
Подъязычный	10 мин	4 ч
Пероральный	30 - 40 мин	3 - 5 ч
Пероральный пролонгированный	1 - 5 ч	12 ч
Инъекционный	10 - 20 мин	4 ч
Пероральный	2 ч	12 ч
Инъекционный	10 - 20 мин	4 - 5 ч
Инъекционный	10 - 20 мин	4 - 5 ч
Подъязычный	25 - 35 мин	6 - 8 ч
Инъекционный	15 - 30 мин	6 - 8 ч
Трансдермальный	12 ч	72 ч
Инъекционный	3 - 10 мин	15 - 30 мин

Анальгетический потенциал рассчитан по отношению к пероральному морфину, анальгетический эффект которого принят за 1



Справочник международных непатентованных наименований лекарственных средств *

Наименование на русском языке	Наименование на английском языке	Наименование на латинском языке
Список II		
бупренорфин	buprenorphine	buprenorphinum
кодеин	codeine	codeinum
гидроморфон	hydromorphone	hydromorphonum
кетамин	ketamine	ketaminum
морфин	morphine	morphinum
оксикодон	oxycodone	oxycodonum
ремифентанил	remifentanil	remifentanilum
тримеперидин	trimeperidine	trimeperidinum
фентанил	fentanyl	fentanylum

Наименование на русском языке	Наименование на английском языке	Наименование на латинском языке
Список III		
алпразолам	alprazolam	alprazolamum
буторфанол	butorphanol	butorphanolum
клобазам	clobazam	clobazamum
клоназепам	clonazepam	clonazepamum
хлордиазепоксид	chlordiazepoxide	chlordiazepoxidum
циклобарбитал	cyclobarbital	cyclobarbitalum
диазепам	diazepam	diazepamum
лоразепам	lorazepam	lorazepamum
медазепам	medazepam	medazepamum
мидазолам	midazolam	midazolamum
модафинил	modafinil	modafinilum
налбуфин	nalbuphine	nalbuphinum
нитразепам	nitrazepam	nitrazepamum
оксазепам	oxazepam	oxazepamum
фенобарбитал	phenobarbital	phenobarbitalum
золпидем	zolpidem	zolpidemum

* <https://portal.eaeunion.org/sites/odata/redesign/Pages/InternationalNonProprietaryCodeClassifier.aspx>

Федеральный закон № 5-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза» от 31 января 2016 г.;
Правила регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения, утв. Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. № 78.





Специальный рецептурный бланк № 107/у-НП

Правила заполнения

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

1 Министерство здравоохранения Российской Федерации
Наименование учреждения: 146000, Область, Город, улица, дом
Тел: 8 (945) 111-11-11
№ и дата лицензии, орган, выдавший лицензию
штамп медицинской организации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 г. № 1094н

12 По специальному назначению

РЕЦЕПТ

Серия **АС22** № **000010**

« **19** » **марта** 20**22** г. 2

3 (взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

5 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента Сидоров Иван Петрович 4

Возраст 67

6 Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7555000078539710

7 Номер медицинской карты МК№ 146-18

8 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов Иван Иванович

Рр:

9 **Sol. Buprenorphini 0,3 mg/ml - 1ml**
Dtd №20 (двадцать) in amp.
S. По 1 мл в/м каждые 6 часов и на прорывы боли в течение не более трех дней

10 Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки) _____ М.П.

11 Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись уполномоченного лица медицинской организации Семенова Анна Сергеевна М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись работника аптечной организации _____

Рецепт действителен в течение 15 дней

- 1 В левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее полного наименования, адреса и телефона с датой выписки (датой оформления) рецепта. Важный реквизит, т.к. у фармацевта должна быть связь с медицинской организацией в случае неправильно выписанного рецепта.
- 2 Дата выписки рецепта.
- 3 Отметка категории рецепта (взрослый или детский – нужное подчеркнуть).
- 4 Фамилия, имя, отчество пациента – полностью.
- 5 В строке «Возраст» допустимо указывать не только возраст пациента (количество полных лет), но и дату рождения пациента. Для детей в возрасте до одного года в строке «Дата рождения» необходимо указывать количество полных месяцев.
- 6 Номер полиса обязательного медицинского страхования.
- 7 Номер амбулаторной карты или истории болезни стационарного больного.
- 8 Фамилия, имя, отчество врача / фельдшера / акушерки – полностью.
- 9 Наименование действующих веществ и обращение к фармспециалисту по отпуску медицинский работник может выписать на русском языке или на латыни. На одном рецептурном бланке формы N 107/у-НП разрешается выписывать только одно наименование лекарственного препарата.
- 10 Подпись и личная печать врача / фельдшера / акушерки и печать медицинской организации «Для рецептов».
- 11 Фамилия, имя, отчество (полностью) и подпись лица, уполномоченного руководителем медицинской организации заверять специальные рецептурные бланки.
- 12 При выписке препарата в количестве, превышающем предельно допустимое для выписки на один рецепт, на рецептах на бумажном носителе производится надпись «По специальному назначению», отдельно заверенная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации «Для рецептов».

В случаях необходимости оформления рецепта на наркотический (психотропный) лекарственный препарат на дому в рамках оказания паллиативной медицинской помощи допускается предварительное заверение рецепта штампом медицинской организации, печатью медицинской организации либо структурного подразделения медицинской организации «Для рецептов», которая проставляется лицом, уполномоченным руководителем медицинской организации, с указанием фамилии, имени, отчества (последнее – при наличии) и проставлением его личной подписи.



Специальный рецептурный бланк № 148-1/у-88

Правила заполнения

Министерство здравоохранения Российской Федерации

1 Наименование учреждения (штамп) медицинской организации: **146000, Область, Город, улица, дом № 11 и дата лицензии, орган, выдавший лицензию**

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

Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)

По специальному назначению

II

Серия **45 НР** № **000001**

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

2 " **19** " **марта** 20 **22** г. 3 (дата оформления рецепта)

4 **Сидоров И. П.**

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

6 **20.05.1955**

7 Дата рождения

8 **МК № 146-18**

Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

9 **Иванов И.И.**

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

Руб. Коп. Rp.

10 **Sol. Vuprenorphini 0,3 mg/ml - 1ml**
Dtd №20 (двадцать) in amp.
S. По 1 мл в/м каждые 6 часов и на прорывы боли в течение не более трех дней

9 Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

10 **Отметка о назначении лекарственного препарата**

Врачебная комиссия № **50**

от " **2** " **марта** 20**22** г.

Председатель врачебной комиссии **Марешкина Л.В.**

Приготовил	Проверил	Отпустил

- 1 В левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее полного наименования, адреса и телефона с датой выписки (датой оформления) рецепта.
- 2 Важный реквизит, т.к. у фармацевта должна быть связь с медицинской организацией в случае неправильно выписанного рецепта.
- 3 Отметка категории рецепта (взрослый или детский – нужное подчеркнуть).
- 4 Дата выписки рецепта.
- 5 Фамилия, инициалы имени и отчества пациента.
- 6 Дата рождения пациента. Для детей в возрасте до одного года в строке «Дата рождения» необходимо указывать количество полных месяцев.
- 7 Номер амбулаторной карты больного и/или адрес. Допустимо указывать и адрес места жительства, и номер медицинской карты пациента.
- 8 Фамилия, инициалы имени и отчества медицинского работника.
- 9 Наименование действующих веществ и обращение к фармацевту по отпуску медицинский работник может выписать на русском языке или на латыни. На одном рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 разрешается выписывать только одно наименование лекарственного препарата.
- 10 Подпись и личная печать врача / фельдшера / акушерки и печать медицинской организации «Для рецептов».
- 11 На лекарственные препараты, назначенные по решению врачебной комиссии, на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).
- 12 При выписке препарата в количестве, превышающем предельно допустимое для выписки на один рецепт, на рецептах на бумажном носителе производится надпись «По специальному назначению», отдельно заверенная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации «Для рецептов».



Рецептурный бланк № 107-1/у

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Медицинская документация

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп) медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату выдачи, наименование органа государственной власти, дату, наименование и наименование)

Форма № 107-1/у
Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ №
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" " 20__ г.

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

Дата рождения

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

руб. | коп. | Rp.

.....

.....

руб. | коп. | Rp.

.....

.....

руб. | коп. | Rp.

.....

.....

Подпись и печать лечащего врача М.П.
(подпись фельдшера, акушерки)

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

Рецептурный бланк № 148-1/у-04 (л)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

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

Штамп Код медицинской организации

Штамп Код индивидуального предпринимателя

Код категории граждан	Код нозологической формы (по МКБ)	Источник финансирования: (подчеркнуть)		% оплаты: (подчеркнуть)
		1. Федеральный бюджет	2. Бюджет субъекта Российской Федерации	3. Муниципальный бюджет

РЕЦЕПТ Серия № 000001 Дата оформления: " " 20__ г.

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

Дата рождения " " " " "

СНИЛС

№ пописса обязательного медицинского страхования

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

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

Руб. Коп. Rp:
..... D.t.d.
..... Signa:.....

Подпись и печать лечащего врача М.П.
(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 в день: ____ раз
	На 1 прием: _____ од.



Экспертное мнение

Вопросы, относящиеся к сфере легального оборота наркотиков, в том числе связанные с мерами предупреждения их поступления в нелегальный оборот, имеют высокую социальную значимость.

Являясь ведущим отечественным производителем наркотических лекарственных препаратов, ФГУП «Эндофарм» обладает штатом одних из лучших специалистов с многолетним опытом работы в области юридического и практического сопровождения операций, связанных с наркотическими и психотропными лекарственными средствами.



Обращения по вопросам легального оборота наркотических средств и психотропных веществ принимаются по адресу: expert@endopharm.ru.

Калькулятор «Ротация опиоидов»

Калькулятор расчета эквивалентных доз сильнодействующих обезболивающих анальгетиков при медикаментозном лечении хронического болевого синдрома.



www.opioidcalculator.ru

Телефоны

8-800-500-18-35

(круглосуточно, бесплатно для всех регионов)

единая круглосуточная горячая линия Росздравнадзора для приема обращений граждан о нарушении порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов.

8-800-200-03-89

горячая линия Минздрава РФ.

8-800-700-84-36

(круглосуточно, бесплатно)

горячая линия фонда помощи хосписам «Вера» по вопросам оказания паллиативной помощи.

8-495-545-58-95

8-906-705-37-48

телефон Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

8-499-245-76-11

8-499-245-59-69

телефоны главного внештатного специалиста Минздрава России по паллиативной медицинской помощи Дианы Владимировны Невзоровой.

Телефоны горячих линий в регионах:



www.palliativemed.sechenov.ru/hotline



Алфавитный указатель лекарственных препаратов

Амитриптилин	74
Бензонал	60
Бупраксон®	6
Бупранал®	8
Золпидем	36
Клобазам	38
Клоназепам	40
Метоклопрамид	75
Мидазолам раствор для инъекций.....	44
Мидазолам раствор защеchnый	42
Миоризон®	80
Морфин таблетки, покрытые п.о.....	12
Морфин лонг таблетки.....	18
Морфин раствор для инъекций.....	10
Морфин раствор для приема внутрь.....	14
Морфина капли для приема внутрь	16
Налбуфин	46
Налоксон	76
Налоксон + Оксикодон	28
Налтрексон	77
Нефопам таблетки, покрытые п.о.....	78
Нефопам раствор для инъекций.....	79
Нитразепам	48
Омнопон	20
Прегабалин	81
Промедол раствор для инъекций.....	22
Промедол таблетки.....	24

Просидол	26
Сибазон раствор ректальный.....	50
Сибазон раствор для инъекций.....	52
Сибазон таблетки.....	54
Солирект®	83
Теофедрин-Н®	70
Трамадол капсулы 100 мг.....	66
Трамадол капсулы 50 мг.....	64
Трамадол раствор для инъекций.....	62
Тригексифенидил	68
Фенибут	82
Фенобарбитал	56
Фентанил пластырь трансдермальный.....	30
Фентанил раствор для инъекций.....	32



Напечатано при финансовой поддержке



ЭНДОФАРМ

Федеральное государственное унитарное предприятие
«Московский эндокринный завод»

109052, РОССИЯ, Г. МОСКВА, УЛ. НОВОХОХЛОВСКАЯ, 25
+7 (495) 234-61-92, MEZ@ENDOPHARM.RU