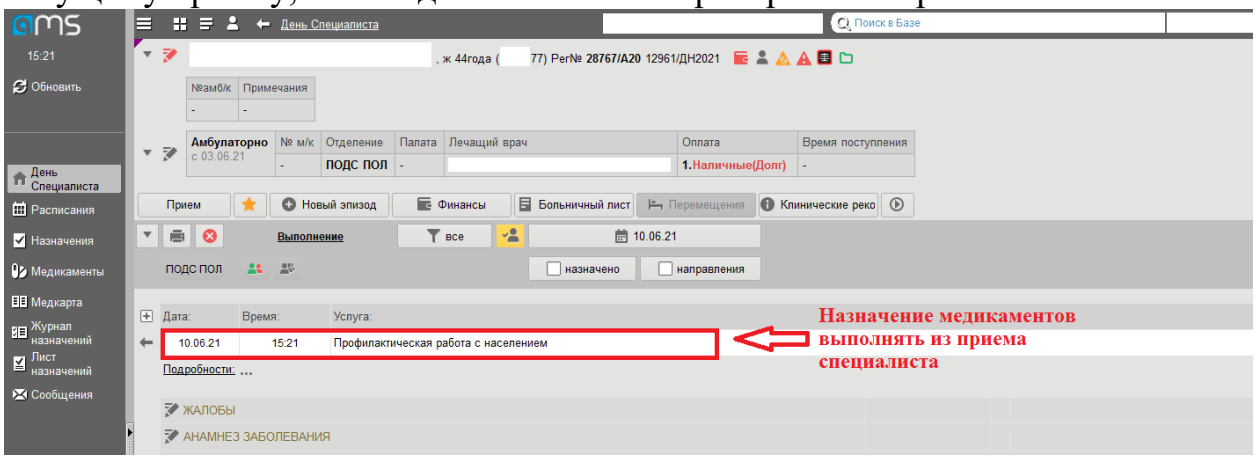
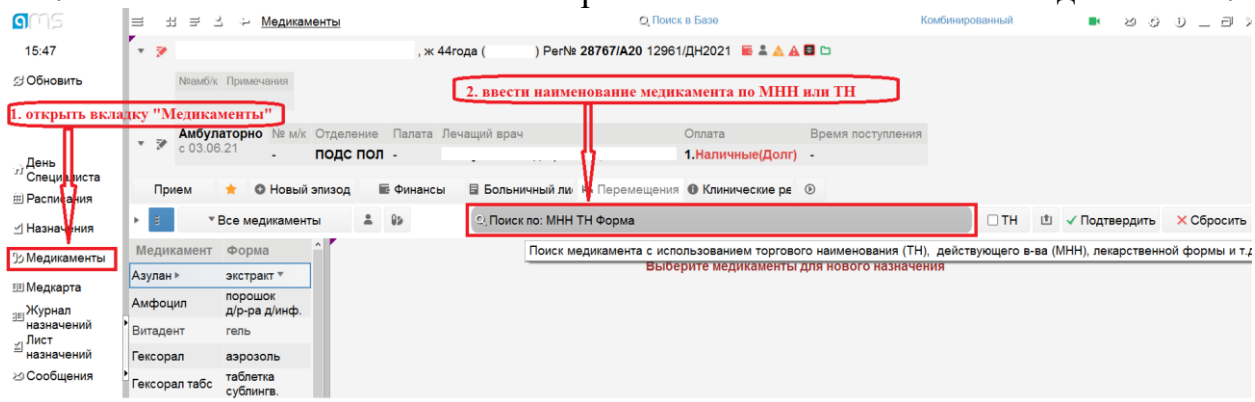
Назначение медикаментов

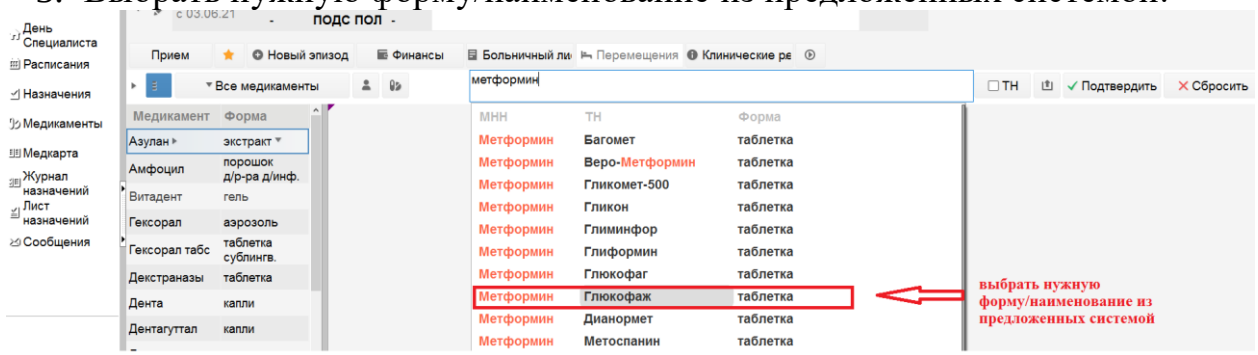
Для того, чтобы назначение медикаментов попало в заключение по текущему приему, необходимо назначать препараты из приема:



1. В текущем приеме пациента (например, «Профилактическая работа с населением» или «Прием врача-специалиста») перейти во вкладку «Медикаменты»
2. В поле «Поиск по:МНН ТН Форма» ввести наименование медикамента:



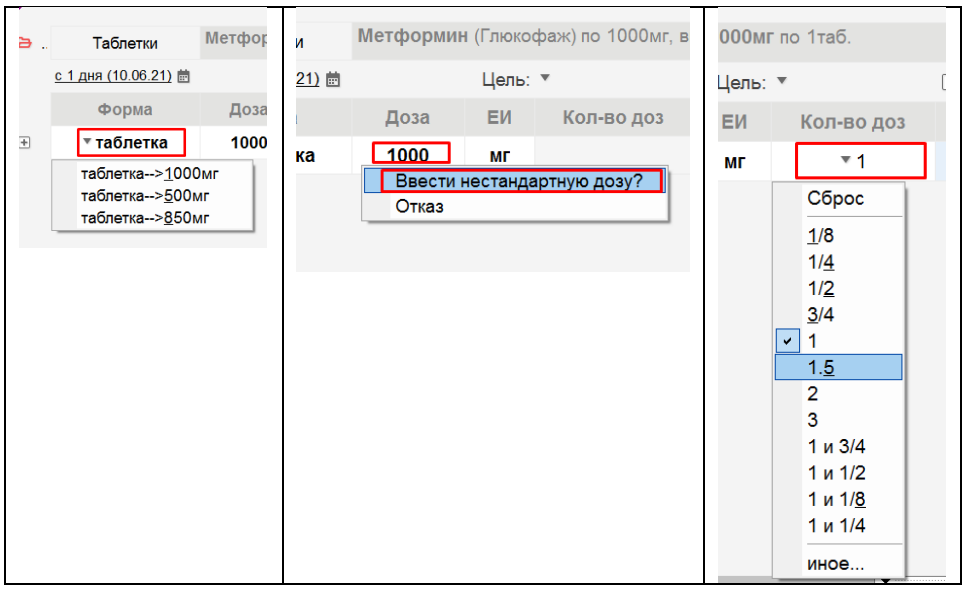
3. Выбрать нужную форму/наименование из предложенных системой:



4. Указать параметры назначения: кратность, продолжительность и т.д.

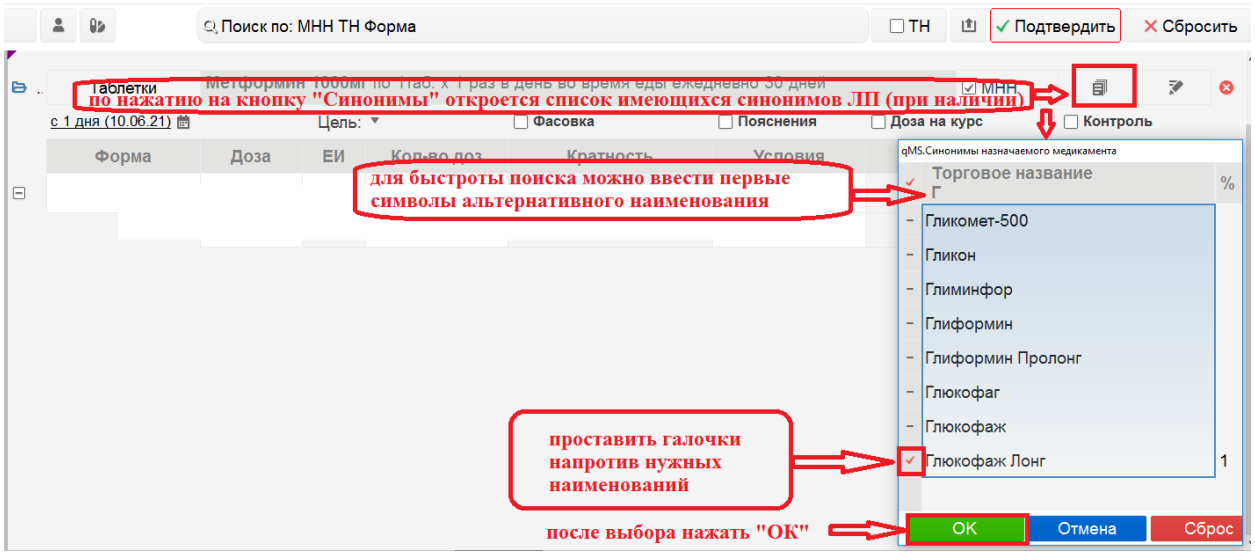
При наличии другой формы/дозировки, можно изменить в назначении значения по умолчанию:

форма:	доза:	кол-во доз:

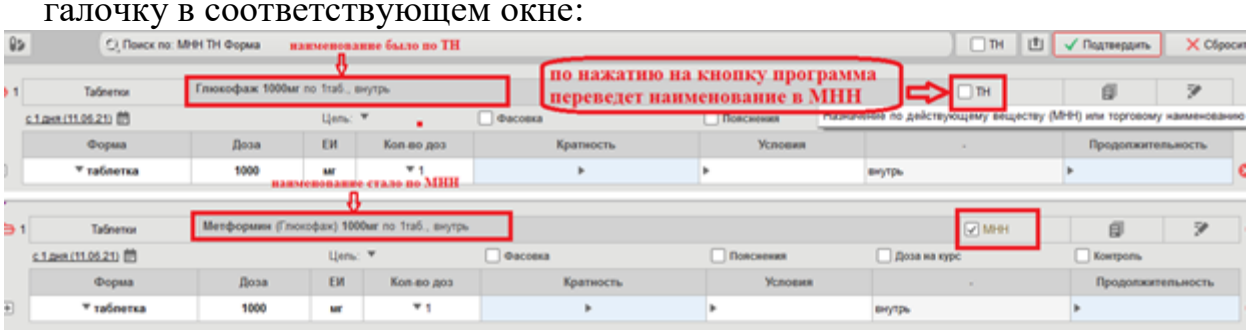


5. Для включения синонимов назначаемого препарата нажать на значок «Синонимы» 

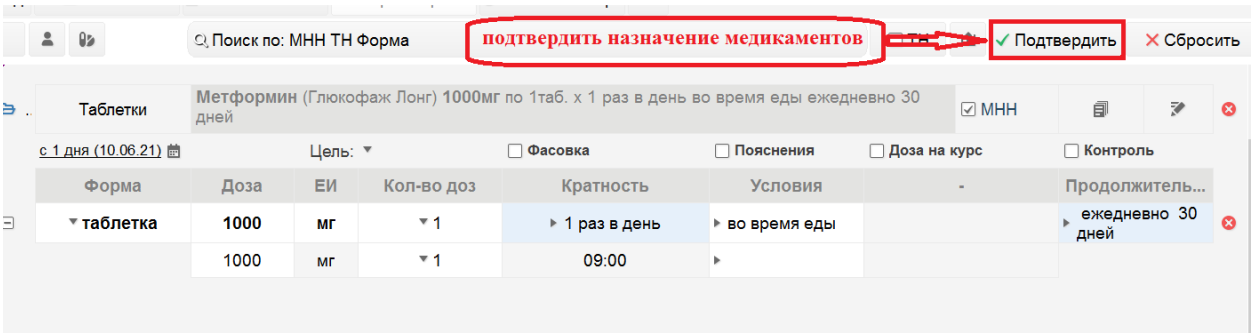
:



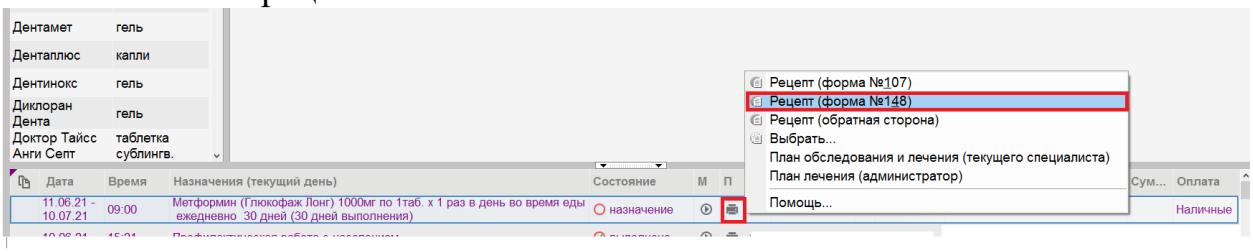
6. Перевести наименование в МНН. Для этого необходимо поставить галочку в соответствующем окне:



7. По завершению ввода необходимо подтвердить назначение:



8. Распечатать рецепт:



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Наименование (штамп) медицинской организации
Общество с ограниченной ответственностью "Поли-Клиника" лицензия ЛО-74-01-004408 с 19.01.2018 бессрочно

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма № 148-1/у-88
Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н

Серия 1 0 7 А С 2 1 № 0 3 0 2 0

РЕЦЕПТ 10 июня 2021 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента

Дата рождения:

Адрес места жительства или № мед. карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях: **28767/А20**

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

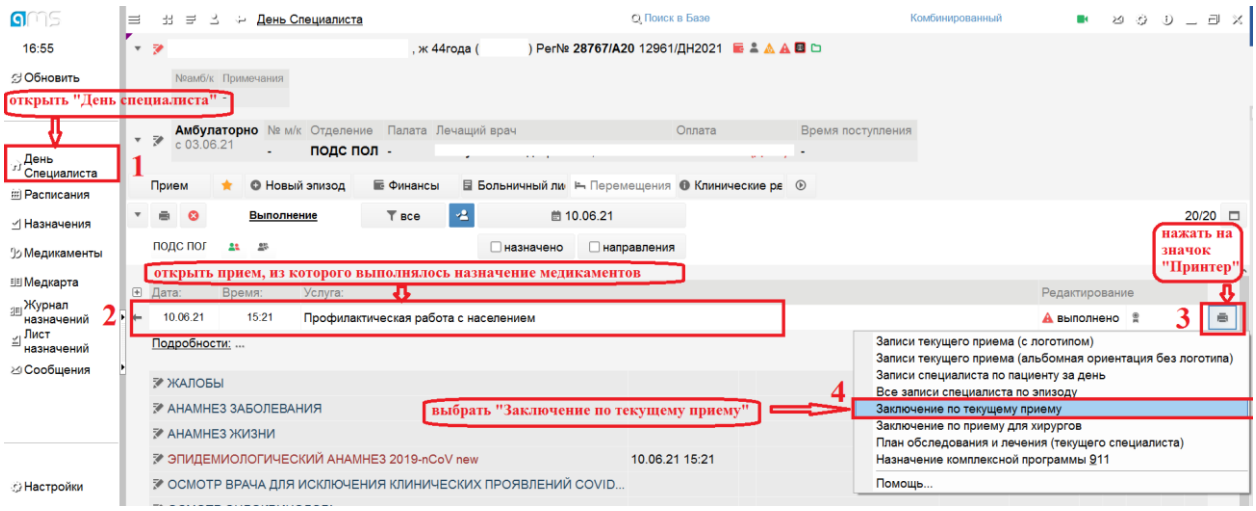
лечащего врача (фельдшера, акушерки)

Руб. Коп. Rp. **Tabl. Metformini 1000 mg**
D.t.d. **N 30**
S. **по 1таб. х 1 раз в день во время еды ежедневно 30 дней (30 дней выполнения)**

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

Рецепт действителен в течение 15 дней

9. Распечатать заключение по текущему приему (из закладки «День специалиста»):



ИСТОЧНИК
КЛИНИКА

ООО «ПолиКлиника»
454100, г. Челябинск
ул. 40-летия победы, 11
ул. Чичерина, 34а

+7 (351) 77 88 887
info@clinicaistochnik.ru
admin@clinicaistochnik.ru
КлиникаИсточник.РФ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано: (№ амб.к.), года рождения

РЕКОМЕНДОВАНО:

Профилактическая работа с населением

Метформин (Глюкофаж Лонг) 1000мг по 1таб. х 1 раз в день во время еды ежедневно 30 дней (30 дней выполнения)

Исполнитель:

_____ _____
подпись

Подписью в настоящем заключении подтверждаю, что с планом обследования и лечения ознакомлена, услуги со мной согласованы, в том числе стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом, претензий к качеству оказанных медицинских услуг не имею.

Заказчик:

_____ _____
ФИО пациента подпись