

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

**Перечень теоретических заданий и вопросов для подготовки к  
Государственной итоговой аттестации**

по специальности **33.02.01 Фармация**

**I. Экспертиза рецептов.**

**1. Провести экспертизу рецепта:**

Министерство здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы Поликлиника №39 г. Москва З.А.О. ул. Серова, 9 Тел. (495) 627-99-12		Утверждено: МЕСТО ДЛЯ ШТРИХКОДА Минист Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н Штамп Код медицинской организации		
Код формы по ОКУД 3108805		<b>Форма № 148-1/у-04(л)</b>		
Код категории граждан	Код нозологической формы (по МКБ-10)	Источник финансирования: (подчеркнуть) 1. <u>Федеральный бюджет</u> 2. Бюджет субъекта РФ 3. Муниципальный бюджет	% оплаты: (подчеркнуть) 1. <u>Бесплатно</u> 2. 50% 3. иной %	
9   2   5	R   1   9   6			
РЕЦЕПТ Серия 7792 В № 3456709 Дата выписки: 20__ г.				
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <u>Гусев С.С.</u> Дата рождения <u>15.09.1940</u>				
СНИЛС	1   3   5   4   6   5   6   5   3   2   2   1			
№ полиса обязательного медицинского страхования:	3   2   4   5   3   5   6   4   6   7   6   2			
№ медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях _____ 7834				
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <u>Боброва В.И.</u>				
Руб. Коп. <b>Rp.: Tramadoli 50 mg</b> <b>D.t.d. N. 10 in tab.</b> <b>S. По 1 табл. внутрь 2 раза в день.</b>				
Подпись и личная печать лечащего врача				
Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужно подчеркнуть) <b>Рецепт выписан в 2-х экземплярах</b> М.П.				
----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----				
Отпущено по рецепту		Торговое наименование и дозировка:		
Дата отпуска: " __ " _____ 20.. г.		Количество:		
Приготовил:		Проверил:		
		Отпустил:		
----- (линия отрыва) -----				
Корешок рецептурного бланка Наименование лекарственного средства: Дозировка:		Способ применения: Продолжительность дней Количество приемов в день: ____ раз На 1 прием: _____ ед.		

2. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации		Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88 Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н
<b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы</b>		
<b>Городская поликлиника №15</b> <b>ул. Генерала Дорохова, 16</b> <b>+7 (495) 592-90-43</b>		
Серия		7 3 0 5 N 0 6 3 2 9
РЕЦЕПТ	" "	20__ г. (дата выписки рецепта)
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)		
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Баранова С.И.</b>		
Дата рождения <u>25.06.1971</u>		
Адрес или N медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <u>г. Москва, Сиреневый б-р д.10 кв 49</u> <u>14598</u>		
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Боброва В.И.</b>		
Руб.	Коп.	
	<b>Рр: Clonazepam 2 mg</b> <b>D.t.d. N. 30 in tab.</b> <b>S.: внутрь по 4-8 мг/сут</b>	
Подпись и личная печать	лечащего врача	М.П.
Рецепт действителен в течение 15 дней		

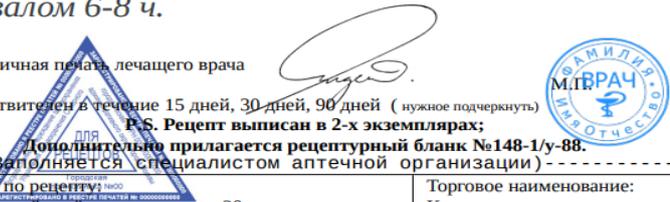
3. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н
<b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы</b>	
<b>Городская поликлиника №15</b>	
<b>ул. Серова, 12</b>	РЕЦЕПТ
<b>47 (495) 340-50-27</b>	(нужное подчеркнуть) 20__ г.
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Михайлов А. Н.</b>	
Дата рождения <b>14.06.2000</b>	
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Туманова Т. Г.</b>	
руб.   коп.	
<i>Rp.: Omeprazoli 20 mg</i>	
<i>D.t.d. N. 20 in caps.</i>	
<i>S.: Внутрь по 1 капсуле 1 раз в день до еды.</i>	
руб.   коп.   Rp.	
руб.   коп.   Rp.	
Подпись и личная печать лечащего врача	М.П.
Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года ( ) (нужное подчеркнуть)	(указать количество месяцев)

4. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение наименование (штатное) здравоохранения г. Москвы медицинской организации Поликлиника №15 г. Москва Ю.А.О. ул. Ленина, 34 Тел. (499) 123-50-09</b></p>	<p>Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. N 4н</p>
<p>РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) " " 20__ г.</p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <u>Шереметьев П.В.</u></p>	
<p>Дата рождения <u>12.07.1971</u></p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <u>Потапова О.С.</u></p>	
<p>руб.   коп.   <b>Rp.: Tab. Promazini 25 mg N. 50</b> <b>D. S. По 1 таблетке внутрь 3 раза в день.</b></p>	
<p>руб.   коп.   Rp.</p>	
<p>руб.   коп.   Rp.</p>	
<p>Подпись и личная печать лечащего врача</p>	
<p>Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года ( ) (нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)</p>	

5. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение          здравоохранения г. Москвы</b> Штамп <b>Педиклиника №9</b> Код медицинской организации <b>г. Москва</b> <b>3.А.О. ул. Сиреневая, 34</b>		Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н  Код формы по ОКУД 3108805 <b>Форма № 148-1/у-04(л)</b>																									
Код категории	Код (495) 654-67-88 формы (по МКБ-10)	Источник финансирования: (подчеркнуть)	% оплаты: (подчеркнуть)																								
граждан		1. <u>Федеральный бюджет</u>	1. <u>Бесплатно</u>																								
9 2 5 R 1 9 6		2. Бюджет субъекта РФ	2. 50%																								
		3. Муниципальный бюджет	3. иной %																								
РЕЦЕПТ Серия 7705 А № 652456 Дата выписки: 20__ г. Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Баранов С.И.</b> Дата рождения <b>15.10.1946 года</b>																											
СНИЛС		<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>5</td><td>8</td><td>4</td><td>4</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>6</td><td>5</td><td>7</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	5	8	4	4	8	1	2	8	3	2	1	3	2	1	4	6	5	7	7	6	5		
1	5	8	4	4	8	1	2	8	3	2	1																
3	2	1	4	6	5	7	7	6	5																		
№ полиса обязательного медицинского страхования: № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 45465 Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <u>Дмитриева А.С.</u>																											
Руб. Коп.  <b>Rp.: Sol. Buprenorphini 0,3 mg/mL – 1 mL</b> <b>D.t.d: N. 50 in amp.</b> <b>S: Вводить в/м или в/в медленно по 300 мкг с</b> <b>интервалом 6-8 ч.</b>																											
Подпись и личная печать лечащего врача 		Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) <b>Р.С. Рецепт выписан в 2-х экземплярах;</b> <b>Дополнительно прилагается рецептурный бланк №148-1/у-88.</b> ----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----																									
Отпущено по рецепту Дата отпуска: _____ 20__ г. Приготовил: _____		Торговое наименование: Количество: Проверил: Отпустил:																									
(линия отрыва) Корешок рецептурного бланка Наименование лекарственного средства: Дозировка:		Способ применения: Продолжительность дней Количество приемов в день: _____ раз На 1 прием: _____ ед.																									

6. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация форма N 148-1/у-88 Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N									
<b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Поликлиника №39 г. Воронеж З.А.О. ул. Полевая, 34 Тел. (473) 627-90-12</b>										
1094Н										
Серия <table border="1"><tr><td>7</td><td>9</td><td>8</td><td>5</td></tr></table> N <table border="1"><tr><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	7	9	8	5	9	8	7	6	7	
7	9	8	5							
9	8	7	6	7						
РЕЦЕПТ	"__" _____ 20__ г. (дата выписки рецепта)									
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)										
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Сорокин П.С.</b>										
Дата рождения <b>25.03.1969</b>										
Адрес или N медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <b>г. Москва, улица Большая Ордынка, д.14 кв 11 97398</b>										
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Боброва В.И.</b>										
Руб.	Коп.									
<b>Rp.: Zolpidemi 10 mg</b>										
<b>D.t.d. № 15 in tab.</b>										
<b>S. По 1 таблетке внутрь перед сном 1 раз в день</b>										
руб.   коп.   Rp.										
руб.   коп.   Rp.										
										
Подпись и личная печать лечащего врача	М.П.									
Рецепт действителен в течение 15 дней										

7. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы</b> Наименование (штамп) медицинской организации <b>Поликлиника №34</b> г. Москва <b>З.А.О. ул. Нагорная, 14</b> Тел. (499) 254-34-12</p>	<p>Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н</p>
<p>РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) " _____ " _____ 20__ г.</p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Котов П.В.</b> Дата рождения <b>15.03.1952</b> Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Потапова О.С</b></p>	
<p>руб.   коп.  </p> <p><i>Rp: Sol. Epinephrini 1 mg/mL – 1 mL</i> <i>D.t.d. № 10 in amp.</i> <i>S. Внутреннее.</i></p>	
<p>руб.   коп.   Rp.</p>	
<p>Подпись и личная печать лечащего врача М.П.</p>	
	
<p>Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года ( _____ ) (нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)</p>	

8. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации</p> <p><b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы</b> медицинской организации <b>Поликлиника №29</b> г. Москва <b>З.А.О. ул. Серова, 9</b> Тел: (495) 154-56-00</p>	<p>Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88 Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н</p>									
Серия <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> N <table border="1"><tr><td>0</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td></tr></table>		1	2	3	4	0	9	8	7	6
1	2	3	4							
0	9	8	7	6						
РЕЦЕПТ " " 20__ г. (дата выписки рецепта)										
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)										
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Матвеева Н.И.</b>										
Дата рождения <b>14.05.1948</b> Адрес или N медицинской карты амбулаторного пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях __г. <b>Москва, улица</b> <b>Партизанская, д.11 кв 4 51523</b>										
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Боброва В.И</b>										
Руб. Коп. <i>Rp.: Phenobarbitali 50 mg</i> <i>D. t. d. N. 10 in tab.</i> <i>S. По 1 таблетке внутрь на ночь за 1 час до</i> <i>сна (запить теплым чаем)</i>										
руб.   коп.   Rp. ..... руб.   коп.   Rp. .....										
<p>Подпись и личная печать лечащего врача</p>										
Рецепт действителен в течение 15 дней										

## 9. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации	<b>Государственное бюджетное Федеральное учреждение «Центр экспертизы Москвы»</b>	Код формы по ОКУД Медицинская документация Форма N 107/у-НП, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н										
штамп Онкологический диспансер №1 г. Москва	<b>РЕЦЕПТ</b>											
Серия <table border="1"><tr><td>5</td><td>6</td><td>0</td><td>2</td></tr></table> N <table border="1"><tr><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>		5	6	0	2	0	3	0	9	0	1	
5	6	0	2									
0	3	0	9	0	1							
"__" _____ 20__ г. (дата выписки рецепта)												
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)												
Ф.И.О. пациента <u>Николаев Сергей Петрович</u>												
Возраст <u>74 г.</u>												
Серия и номер полиса ОМС <u>47855948</u>												
Номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) <u>264521</u>												
Ф.И.О. врача (фельдшера, акушерки) <u>Козлова Светлана Ивановна</u>												
<b>Rp: Sol. Morphini 10 mg/mL – 1 mL</b> <b>D.t.d. N. 20 in amp. (двадцать ампул)</b> <b>S: По 1 мл п/к 1 раз в день</b>												
Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки) _____												
Ф.И.О. и подпись руководителя медицинской организации <u>Горохов С.П.</u>												
Отметка аптечной организации об отпуске Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации _____												
		М.П.										
Срок действия рецепта 15 дней												

10. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации</p> <p><b>Государственное бюджетное учреждение наименование (штамп) здравоохранения г. Москвы медицинской организации Поликлиника №9 г. Москва В.А.О. ул. Первомайская, 6 Тел.: (495) 654-57-88</b></p>	<p>Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н</p>
<p>РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) "__" ____ 20__ г.</p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Кузнецов И.И.</b> Дата рождения <b>13.06.2001</b> Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Сергеева В.И.</b></p>	
<p>руб.   коп.   <b>Rp: Amoxicillini 500 mg Acidi Clavulanici 125 mg D.t.d. N. 14 in tab. S. По 1 таблетке внутрь 3 раза в день</b></p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... ..... .....</p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... ..... .....</p>	
<p>Подпись и личная печать лечащего врача</p>	<p> М.П.</p>
<p>Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года (.....) (нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)</p>	

11. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы ВЕТЕРИНАРНАЯ КЛИНИКА №15</b> г. Москва З.А.О. ул. Морская, 12 Тел. (499) 254-57-00	Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 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 **ЧИЖОВ А. И.**  
Дата рождения **12.03.1977**  
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)  
лечащего врача (фельдшера, акушерки) **Сазонова И. И.**

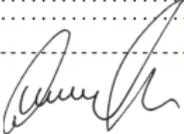
руб. | коп. |  
*Rp: Ung. Sulfadiazini Argenti 1% - 40 g*  
*D.t.d. N. 1*  
*S. Применяют наружно (под повязку или открытым*  
*способом) 1-2 раза/сут*

руб. | коп. | Rp.  
.....  
.....

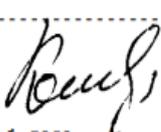
руб. | коп. | Rp.  
.....  
.....

Подпись и личная печать  
лечащего врача

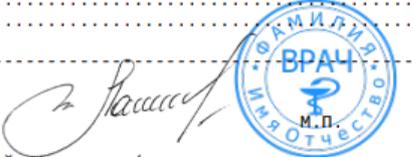
Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года ( )  
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)



## 12. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение</b> Наименование учреждения г. Москвы медцинской организации №15 г. Москва З.А.О. ул. Сиреневая, 34 Тел. (495) 654-57-88</p>	<p>Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н</p>
<p>РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) " " _____ 20__ г.</p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Исаенко А.И.</b> Дата рождения <b>26.06.1963</b> Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Козлова В.И.</b></p>	
<p>руб.   коп.   <b>Rp.: Caps. Lyncomycini hydrochloridi 250 mg N. 60.</b> <b>D.S. Принимать внутрь 2 к. 3 р/д.</b></p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... .....</p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... .....</p>	
<p>Подпись и личная печать лечащего врача</p>	<p> </p>
<p>Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года (нужное подчеркнуть)</p>	<p>(указать количество месяцев)</p>

13. Провести экспертизу рецепта:

<p>Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы</b> Наименование (штамп) медицинской организации <b>Поликлиника №105</b> <b>г. Москва</b> <b>Ю.З.А.О. ул. Ленина, 25</b> <b>Тел. (495) 124-57-45</b></p>	<p>Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н</p>
<p>РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) "__" _____ 20__ г.</p>	
<p>Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Сорокин П.В.</b> Дата рождения <b>18.06.1981</b> Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Потапова О.С.</b></p>	
<p>руб.   коп.   <b>Rp: Ferri sulfatis 80 mg</b> <b>D.t.d: N. 30 in tab.</b> <b>S: По 1 капсуле внутрь 3 раза в день во время еды</b></p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... .....</p>	
<p>руб.   коп.   Rp. ..... .....</p>	
<p>Подпись и личная печать лечащего врача</p>	
<p>Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года ( _____ ) (нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)</p>	

## 14. Провести экспертизу рецепта:

Министерство здравоохранения Российской Федерации <b>Государственное бюджетное учреждение          здравоохранения РФ</b> Штамп <b>Поликлиника №40</b> Код медицинской организации г. Москва ул. Серова, 34 Тел. 4684-07-12		Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н  Код формы по ОКУД 3108805 <b>Форма № 148-1/у-04(л)</b>	
Код категории граждан	Код нозологической формы (по МКБ-10)	Источник финансирования: (подчеркнуть) 1. <u>Федеральный бюджет</u> 2. Бюджет субъекта РФ 3. Муниципальный бюджет	% оплаты: (подчеркнуть) 1. <u>Бесплатно</u> 2. 50% 3. иной %
9 2 5	R 1 9 6		
РЕЦЕПТ Серия 9907 В № 76589 Дата выписки: 20_ г. Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента <b>Нарышкин И.И.</b> Дата рождения <b>04.09.1968 год</b>			
СНИЛС		3 4 5 2 3 4 5 2 2 4 5	
№ полиса обязательного медицинского страхования:		5 3 0 9 8 9 5 0 2 3	
№ медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <b>18485</b> Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) <b>Боброва В.И.</b>			
Руб. Коп. Rp: <b>Rp.: Sol. Tramadoli 50 mg/mL – 2 mL</b> <b>D.t.d: N. 10 in amp.</b> <b>S: Вводить внутримышечно 1 раз в день.</b>			
Подпись и личная печать лечащего врача		 	
Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) <b>Р.С. Рецепт выписан в 2-х экземплярах;</b> <b>Дополнительно прилагается рецептурный бланк № 148-1/у-88.</b> ----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----			
Отпущено по рецепту: я	Дата отпуска: <b>РЕЦЕПТОВ</b> 20... г.	Приготовил:	Торговое наименование: Количество: Проверил: Отпустил:
(линия отрыва)			
Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность дней		
Наименование лекарственного средства:	Количество приемов в день: ___ раз		
Дозировка:	На 1 прием: ___ ед.		

## II. Теоретические вопросы

1. Определите вид фармакотерапии при применении Метамизол натрия при зубной боли. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Метамизол натрий. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.
2. Определите вид фармакотерапии при применении Ксилометазолина при заложенности носовых раковин. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Ксилометазолин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.
3. Определите вид фармакотерапии при применении Парацетамола для снижения высокой температуры ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ). Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Парацетамол. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.
4. Определите вид фармакотерапии при применении Панкреатина для улучшения переваривания пищи в случае погрешностей в питании. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Панкреатин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.
5. Определите вид фармакотерапии при применении 3% раствора Водорода перекиси для остановки капиллярного кровотечения. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Водорода перекись. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.
6. Определите вид фармакотерапии для восстановления работы сердца Дигоксином при сердечной недостаточности. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Дигоксин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.
7. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь Тетрациклина для лечения инфицированной экземы. Укажите фармакологическую группу

(подгруппу) препарата – Тетрациклин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

8. Определите вид фармакотерапии при внутримышечном введении Цефтазидима для лечения пневмонии. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Цефтазидим. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

9. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь капсул Азитромицина для лечения ларингита. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Азитромицин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

10. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь таблеток Метронидазола для лечения инфекции брюшной полости. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Метронидазол. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

11. Определите вид фармакотерапии для наружного применения мази Ацикловира при инфекциях, вызванных вирусом простого герпеса. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Ацикловир. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

12. Определите вид фармакотерапии при применении Симвастатина для снижения синтеза холестерина и увеличение его катаболизма. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Симвастатин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

13. Определите вид фармакотерапии при применении Флуоксетина для устранения плохого настроения. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Флуоксетин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

14. Определите вид фармакотерапии при применении Фуросемида для снятия отечного синдрома. Укажите фармакологическую группу (подгруппу)

препарата – Фуросемид. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

15. Определите вид фармакотерапии при применении Бисакодила для усиления перистальтики и быстрого опорожнения толстой кишки. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Бисакодил. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

16. Определите вид фармакотерапии при применении Инсулина для стимуляции активного транспорта глюкозы в мышечные и жировые клетки. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Инсулин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

17. Определите вид фармакотерапии при применении Висмута трикалия дицитрата для образования хелатных соединений на поверхности язвы. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Висмута трикалия дицитрат. Предложите синонимический аналог со схожим действием.

18. Определите вид фармакотерапии при введении четырехвалентной вакцины «Ультрикс Квадри». Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Урсодезоксихолевая кислота. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

19. Определите вид фармакотерапии для лечения гриппа, ОРВИ назначают препарат Кагоцел. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Кагоцел. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

20. Определите вид фармакотерапии при применении таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, 100мг №30 Кислоты ацетилсалициловой. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) – Кислоты ацетилсалициловой. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

21. Определите вид фармакотерапии при применении Хлорохина перед поездкой в тропические страны. Укажите фармакологическую группу

(подгруппу) препарата – Хлорохин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

22. Определите вид фармакотерапии при применении Мирамистина в период инфекционного воспаления полости рта. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Мирамистин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

23. Определите вид фармакотерапии при применении Прогестерона для устранения симптомов угрожающего выкидыша. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Прогестерон. Предложите аналог со схожим фармакологическим действием.

24. Определите вид фармакотерапии при макроцитарной анемии вызванной дефицитом витамина В12 назначен к применению Цианокобаламин. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Цианокобаламин. Предложите препарат одновременно назначаемый при этой анемии.

25. Определите вид фармакотерапии при применении Холензима способствующего выделению желчи и повышающего активность протеолитических ферментов. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Холензим. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

26. Определите вид фармакотерапии при применении Метамизола натрия при зубной боли. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Метамизол натрий. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

27. Определите вид фармакотерапии при применении Панкреатина для улучшения переваривания пищи в случае погрешностей в питании. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Панкреатин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

28. Определите вид фармакотерапии при применении Парацетамола для снижения высокой температуры (38,5°C). Укажите фармакологическую группу

(подгруппу) препарата - Парацетамол. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

29. Определите вид фармакотерапии при применении Корвалола для снятия выраженных вегетативных проявлений возбуждения. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Корвалол. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

30. Определите вид фармакотерапии при применении Ксилометазолина при заложенности носовых раковин. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Ксилометазолин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

31. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь таблеток Метронидазола для лечения инфекции брюшной полости. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Метронидазол. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

32. Определите вид фармакотерапии для восстановления работы сердца Дигоксином при сердечной недостаточности. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Дигоксин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

33. Определите вид фармакотерапии при применении 3% раствора Водорода перекиси для остановки капиллярного кровотечения. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Водорода перекись. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

34. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь таблеток Метронидазола для лечения инфекции брюшной полости. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Метронидазол. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

35. Определите вид фармакотерапии при применении внутрь Тетрациклина для лечения инфицированной экземы. Укажите фармакологическую группу

(подгруппу) препарата – Тетрациклин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

36. Определите вид фармакотерапии при внутримышечном введении Цефтазидима для лечения пневмонии. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Цефтазидим. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

37. Определите вид фармакотерапии при применении Бисакодила для усиления перистальтики и быстрого опорожнения толстой кишки. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Бисакодил. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

38. Определите вид фармакотерапии при применении Инсулина для стимуляции активного транспорта глюкозы в мышечные и жировые клетки. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Инсулин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

39. Определите вид фармакотерапии при применении Дротаверина для снятия приступов желчно-каменной болезни. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Дротаверин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

40. Определите вид фармакотерапии для наружного применения мази Ацикловира при инфекциях, вызванных вирусом простого герпеса. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Ацикловир. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

41. Определите вид фармакотерапии при применении Флуоксетина для устранения плохого настроения. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Флуоксетин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

42. Определите вид фармакотерапии при применении Симвастатина для снижения синтеза холестерина и увеличение его катаболизма. Укажите

фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Симвастатин. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

43. Определите вид фармакотерапии при применении Окситоцина для возбуждения и стимуляции родовой деятельности. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Окситоцин. Предложите групповой аналог со схожим фармакологическим действием.

44. вид фармакотерапии при применении Лозартана для эффективного снижения артериального давления. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Лозартан. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

45. Определите вид фармакотерапии при применении таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, 100мг №30 Кислоты ацетилсалициловой. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) – Кислоты ацетилсалициловой. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

46. Определите вид фармакотерапии при применении Эноксапарина натрия у больных длительно находящихся на постельном режиме. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата - Эноксапарин натрий. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

47. Определите вид фармакотерапии при применении Омепразола для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Омепразол. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

48. Определите вид фармакотерапии при применении Верапамила для расширения периферических артерий и артериол. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Верапамил.

49. Определите вид фармакотерапии при применении Диклофенака для ослабления сосудистых головных болей. Укажите фармакологическую группу

(подгруппу) препарата – Диклофенак. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.

50. Определите вид фармакотерапии при применении Дексаметазона при аллергическом контактном дерматите. Укажите фармакологическую группу (подгруппу) препарата – Дексаметазон. Предложите групповой аналог со схожим механизмом действия.