Приложение 4

к Порядку приема, учета, хранения и выдачи лекарственных средств, изделий медицинского назначения и прочих товарно-материальных ценностей медицинского назначения, поступивших в качестве гуманитарной помощи на территории Донецкой Народной Республики (подпункт 2.10.2 пункта 2.10)

(в редакции приказа от 15 апреля 2020 г. № 778)

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес)

учреждения здравоохранения, где заполняется форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Идентификационный код \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**Книга (Журнал)**

**учета лекарственных средств и изделий медицинского назначения**

**и прочих товарно-материальных ценностей медицинского назначения в отделениях, кабинетах, поступивших на пост, (манипуляционный, процедурный кабинет**) **в качестве гуманитарной помощи на территорию Донецкой Народной Республики**

**Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год**

**Начато «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года Окончено «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года**

Продолжение приложения 4

**Содержание:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование лекарственного препарата (полное торговое наименование, форма выпуска)** | **Страница** |  | **№ п/п** | **Наименование лекарственного препарата (полное торговое наименование, форма выпуска)** | **Страница** |
| **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 4

1. Наименование лекарственного препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Единица измерения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное торговое наименование, форма выпуска) (таблетки, упаковки, флаконы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приход | | | | | Расход | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Дата полу-чения | Откуда получено | Получено | | Ф.И.О., подпись получившего ЛС и/или ИМН (сестры медицинской, палатной, акушеркой и т.д.) |  | | | | | | |
| Серия | Кол-во получен-ного ЛС или ИМН | Дата выдачи | Кол-во выдан-ного | Остаток | № медицинской карты стационар-ного, амбула-торного больного | Ф.И.О., больного | Подпись о получении и выдаче | |
| Подпись больного/родствен-ника | Ф.И.О подпись сестры медицинской, палатной, акушерки и т.д. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |