Форма рецептурного бланка № 107-1/у

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

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

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

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

« 21 » 08 2025 г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
пациента Синицына Вероника Сергеевна

Дата рождения 13.04.2023 г

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Перов Сергей Иванович

руб. | коп. | Rp.

Rp: Pulv. Amoxicillini 200 mg

Acidi Clavulanici 28,5 mg

D.t.d. № 1 in flac pro suspensioni

S. Внутрь, по 3 мл 3 раза в день, в начале

еды.

руб. | коп. | Rp.

Rp.: Sir. Ibuprofeni 100 mg/5 ml

D.S. Принимать по 5 мл при повышении

температуры выше 38,5 С, повторять

минимум через 6 ч, максимальная суточная

доза 21 мл.

руб. | коп. | Rp.

Z

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Перов СИ

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (3-х дней)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил