Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

**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)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « | 12 | » | Ноябрь | 20 | 24 | г. |

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

Дата рождения 01.01.1924

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| руб. | коп. | Rp. |
| Ингавирин | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| руб. | коп. | Rp. |
| Терафлю | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| руб. | коп. | Rp. |
| Номидес | | |
|  | | |

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

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

Оборотная сторона

|  |
| --- |
| Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  |  |