ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров’я України 21 березня 2012 року № 182   
(у редакції наказу   
Міністерства охорони здоров’я України   
від 09 серпня 2023 року № 1429)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого (якої) перебуває заклад охорони здоров’я)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров’я,  де заповнюється форма)  Код за ЄДРПОУ |  | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| Форма первинної облікової документації  № 510-1/о  ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України  21 березня 2012 року № 182 (у редакції наказу МОЗ  від 09 серпня 2023 року № 1429) |
| Журнал  обліку лікарських засобів, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах закладів охорони здоров’я,  що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим особам  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повна назва структурного підрозділу закладу охорони здоров’я)  Відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ)  Розпочато \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року Закінчено \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року | | | |

Зміст

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | № з/п | Назва лікарського засобу, молочної суміші (повна торговельна назва, форма випуску) | Сторінка | | 1 | 2 | 3 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | № з/п | Назва лікарського засобу, молочної суміші (повна торговельна назва, форма випуску) | Сторінка | | 1 | 2 | 3 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

Інформація до таблиці 1000

Таблиця 1000

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Назва лікарського засобу, молочної суміші \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (повна торговельна назва, форма випуску) | 3. Одиниця виміру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (упаковка, таблетка, капсула, ампула, флакон) |
| 2. Міжнародна непатентована назва \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ про розподіл (назва, видавець, номер, дата) | Надійшло | | | | Видано | | | | | | Залишок |
| дата | постачальник, номер, дата документа | кількість | серія,  термін придатності | дата | кількість | кому видано | | |  | |
| код або індивідуальний номер пацієнта | номер медичної карти стаціонарного/ амбулаторного пацієнта | підпис особи, відповідальної за видачу |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Директор Департаменту громадського здоров’я Олексій ДАНИЛЕНКО

{Форма в редакції Наказу № 1429 від 09.08.2023}