|  |
| --- |
| Додаток 1до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 2 розділу III) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                        (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                      (підрозділ) |

### Книга складського обліку лікарських засобів та медичних виробів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |
| --- |
| Матеріально відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                         (посада, прізвище, ім'я, по батькові) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Поличка** | **Одиниця виміру** | **Ціна** | **Найменування** | **Дозування** | **Лікарська форма** | **Назва виробника** | **Кількість** | **Сума** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Зворотна сторона |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата запису** | **N****документа** | **Порядковий номер запису** | **Від кого отримано (кому видано)** | **Кількість** | **Контроль (підпис)** | **Дата перевірки** | **Зауваження та пропозиції** | **Підпис** |
| **Надходження**  | **Видаток** | **Залишок** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Матеріально відповідальна особа | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 2до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 4 розділу III) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                        (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                       (підрозділ) |

### Накладна (вимога) N \_\_за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Найменування лікарських засобів та медичних виробів** | **Одиниця виміру** | **Ціна** | **Кількість** | **Сума** |
| **Вимагається** | **Відпущено** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відпустив \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                    (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |
| Отримав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |
| Погоджено   Завідувач відділення                                                         (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 3до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 5 розділу III) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)приміщення для зберігання лікарських засобів та медичних виробів (склад)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Реєстр отриманих прибуткових накладних за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Найменування постачальна** | **Накладна** | **Сума** |
| **N** | **Дата** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| Всього | X | X | X |   |
|   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Здав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |
| Прийняв     Бухгалтер                                        (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 4до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункту 5 розділу III) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Реєстр виданих накладних (вимог) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Найменування структурного підрозділу** | **Накладна (вимога)** | **Сума** | **Матеріально відповідальна особа** |
| N | Дата |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Разом | X | X | X |   | X | X |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Здав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |
| Прийняв    Бухгалтер                                       (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 5до Методики ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 3 розділу IV) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Журнал обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць 20\_\_ року

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
**(назва лікарського засобу)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Один. виміру** | **Залишок на початок місяця** | **Надійшло** | **Видано** | **Фактично використано** | **Залишок на кінець місяця** | **Отримав пост (маніпуляційна)** |
| **Дата** | **N****накладної** | **Кількість** | **Дата** | **Кількість** | **кількість** | **П. І. Б.** | **Підпис** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|   |   | **X** |   |   |   |   |   | **X** |   |   |   |
| **Всього** | **X** |   | **X** | **X** |   | **X** |   |   |   | **X** | **X** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Матеріально відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |
| Затверджую            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 6до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 6 розділу III) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Звіт про надходження і відпуск (використання) лікарських засобів та медичних виробів за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць 20\_\_ року

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Найменування лікарських засобів та медичних виробів** | **Одиниця виміру** | **Кількість** |
| **Залишок на початок місяця на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.** | **Надходження** | **Використання** | **Залишок на кінець місяця на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.** |
|   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Матеріально відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                 (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
|   |  "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |
| Бухгалтер                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                               (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
|   | "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |
| Затверджую              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                              (посада) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 7до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 2 розділу V) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Журнал обліку фактично отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів постами (маніпуляційними кімнатами) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць 20\_\_ року

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**(назва лікарського засобу)**

|  |  |
| --- | --- |
| Отримано на пост (маніпуляційна кімната т. і.) | Використано на посту (маніпуляційна кімната і т. і.) |
| Дата | Кількість | Дата | Кількість | Залишок | Відмітка матеріально відповідальної особи про видачу (П. І. Б., підпис) |
|   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Додаток 8до Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я(пункт 3 розділу V) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           (заклад охорони здоров'я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (підрозділ) |

### Звіт про надходження і використання лікарських засобів та медичних виробів постами (маніпуляційними кімнатами) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяць 20\_\_ року

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N****з/п** | **Найменування** | **Фактична кількість\*** |
| **надійшло** | **використано** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Здав** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(посада)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(підпис)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(прізвище, ім'я, по батькові)** |
| **"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.** |   |   |   |
| **Прийняв** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(посада)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(підпис)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(прізвище, ім'я, по батькові)** |
| **"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.** |   |   |   |