



Předepisování léčiv

Kód zdravotní
pojišťovny
213

RECEPT pol. č.
série
NH **0743930**

Příjmení a jméno **NOVÁKOVÁ PETRA**
Číslo
pojištěnce **835419/5421** f.
Bydliště (adresa)
Mitušova 15, 700 30, Ostrava Jih

47091 cena
Sk. kód

Riz

DIANE-35
por tbl obd 3x21

Exp. orig. No. I. (UNAM)
D.S. 1X1

Sk. kód

Dne: **14.10.2004**

[Signature]
razítko zdrav. zařízení,
jmenovka a podpis lékaře

91 **Parodnicko-gynekologická**
114 **ambulance**
001 **MUDr. SLATAVA LOMŽOVÁ**
700 80 Ostrava
IČO 10800176 Tel: 6922466

Připravil: Vydal:

Bez data vytvoření, razítka zdravotního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!

Údaje pro zvláštní situace

Hradí nemocný (→ neuvádí se kód ZP)

(!) – záměrné překročení dávkování, než jak je uvedeno v lékopisu nebo SPC

- IPLP – vypsát i slovy v latině

Děti: lze uvést **hmotnost pacienta** (pokud neodpovídá věku)

Nezaměňovat – trvá-li lékař na vydání konkrétního LP, zákaz generické substituce

Pohotovost – u rp. vystavených pohotovostní službou (platnost 1 následující kalendářní den)

Zvýšená úhrada – pokud lékař požaduje využití vyšší úhrady u LP s dvojitou úhradou

- Připsat **kód Dg.**

Údaje pro zvláštní situace

Nutná a neodkladná péče – při předepsání LP na úhradu ZP, pokud s ní lékař nemá smlouvu

Neregistrovaný léčivý přípravek

Repetatur – opakování výdejů LP

- Uvést počet opakování číslicí a v závorce latinsky slovy
- Platí pro celý recept (nejen pro 1 položku)
- Nelze pro NL (všechny – např. léky na spaní)
- Platnost 6 měsíců
- Př. Repetatur 3x (ter) – celkem 3 výdeje

Pro potřebu rodiny / ad usum proprium – uvést místo návodu k použití LP (D.S.)

- Pro sebe či blízké příbuzné

Ad manus medici / pro medico – pro lékaře, uvést místo návodu k použití LP (D.S.)

Příklady



Příklady

Předepište 2 balení antibiotické masti Framykoin s aplikací 2x denně na postižené místo.

FRAMYKOIN 250IU/G+5,2MG/G UNG 10G

Příklady

Předepište 2 balení antibiotické masti Framykoin s aplikací 2x denně na postižené místo.

FRAMYKOIN 250IU/G+5,2MG/G UNG 10G

Rp.

FRAMYKOIN 250IU/G+5,2MG/G UNG 10G

Exp. orig. No II (duas)

D.S.: 2x denně na postižené místo

Příklady

Předepište perorální antibiotickou suspenzi Augmentin dítěti, které váží 35 kg, když standardní dávkování amoxicilinu je 30 mg/kg denně užívaných ve dvou oddělených dávkách. 5 ml suspenze obsahuje 400 mg amoxicilinu. Množství by mělo vystačit na 5 dní.

AUGMENTIN DUO POR PLV SUS 70 ML

Příklady

Předepište perorální antibiotickou suspenzi Augmentin dítěti, které váží 35 kg, když standardní dávkování amoxicilinu je 30 mg/kg denně užívaných ve dvou oddělených dávkách. 5 ml suspenze obsahuje 400 mg amoxicilinu. Množství by mělo vystačit na 5 dní.

Rp.

AUGMENTIN DUO POR PLV SUS 70 ML

Exp. orig. No I (unam)

D.S.: 6,5 ml po 12 hod

Denní dávka: $30 \times 35 = 1050 \text{ mg}$

5 ml 400 mg

x ml 1050 mg

x = 13,125 ml denně

1 dávka: $13,125 / 2 = 6,5 \text{ ml}$

Příklady

Předepište dítěti s hmotností 36 kg antibiotickou perorální suspenzi Oспен, která obsahuje 400 000 IU fenoxymethylpenicilinu v 5 ml, když se dává 20 000 IU/kg každých 6 hod. Množství by mělo vystačit na 1 týden.

OSPEN 400000IU/5ML POR SUS 150ML

Příklady

Předepište dítěti s hmotností 36 kg antibiotickou perorální suspenzi Oспен, která obsahuje 400 000 IU fenoxyethylpenicilinu v 5 ml, když se dává 20 000 IU/kg každých 6 hod. Množství by mělo vystačit na 1 týden.

Rp.

OSPEN 400000IU/5ML POR SUS 150ML

Exp. orig. No II (duas)

D.S.: 9 ml po 6 hod

Dávka: $20\,000 \times 36 = 720\,000$ IU po 6 hod

400 000 IU 5 ml

720 000 IU x

x = 9 ml

Velikost balení: $9 \times 4 \times 7 = 252$ ml potřeba

Příklady

Předepište opakovací recept na hormonální antikoncepci Belanette tak, aby množství pacientce vystačilo na půl roku. Užívá se 1 tableta denně, 21 dní v měsíci.

BELANETTE 0,02MG/3MG TBL FLM 21

Příklady

Předepište opakovací recept na hormonální antikoncepci Belanette tak, aby množství pacientce vystačilo na půl roku. Užívá se 1 tableta denně, 21 dní v měsíci.

Rp.

BELANETTE 0,02MG/3MG TBL FLM 21

Exp. orig. No III (tres)

D.S.: 1x denně

Repetatur II (bis)

Příklady

Předepište pro vlastní potřebu 3 balení indometacinových čípků obsahujících 50 mg účinné látky.

INDOMETACIN BERLIN-CHEMIE 50MG SUP 10

Příklady

Předepište pro vlastní potřebu 3 balení indometacinových čípků obsahujících 50 mg účinné látky.

Rp.

INDOMETACIN BERLIN-CHEMIE 50MG SUP 10

Exp. orig. No III (tres)

D.S.: ad usum proprium

Příklady

Předepište 1 balení Dolmina injekcí (5 ampulí), lék bude pacientovi aplikován v ordinaci lékaře.

DOLMINA 75MG/3ML INJ SOL 5X3ML

Příklady

Předepište 1 balení Dolmina injekcí (5 ampulí), lék bude pacientovi aplikován v ordinaci lékaře.

Rp.

DOLMINA 75MG/3ML INJ SOL 5X3ML

Exp. orig. No I (unam)

D.S.: pro medico

Příklady

Předepište perorální Helicid s dávkováním 2 kapsle ráno. Množství by mělo vystačit na 3 měsíce, doplňte pokyn, že nemá být prováděna generická substituce.

HELICID 10 ZENTIVA 10MG CPS ETD 28

Příklady

Předepište perorální Helicid s dávkováním 2 kapsle ráno. Množství by mělo vystačit na 3 měsíce, doplňte pokyn, že nemá být prováděna generická substituce.

Rp.

HELICID 10 ZENTIVA 10MG CPS ETD 28 (nezaměňovat)

Exp. orig. No VI (sex)

D.S.: 2-0-0

Příklady

Předepište na opakovací recept přípravek Metformin Mylan v síle 1000 mg. Podává se 1 tableta 2x denně, množství by mělo vystačit na 6 měsíců.

METFORMIN MYLAN 1000 MG TBL FLM 180

Příklady

Předepište na opakovací recept přípravek Metformin Mylan v síle 1000 mg. Podává se 1 tableta 2x denně, množství by mělo vystačit na 6 měsíců.

Rp.

METFORMIN MYLAN 1000 MG TBL FLM 180

Exp. orig. No I (unam)

D.S.: 1-0-1

Repetatur II (bis)

Příklady

Předepište na opakovací recept Detralex užívaný při chronické žilní insuficienci tak, aby pacient užíval dvě tablety v jedné denní dávce (večer) a aby mu množství vystačilo na 6 měsíců.

Dostupné přípravky:

DETRALEX 500MG TBL FLM 30

DETRALEX 500MG TBL FLM 60

DETRALEX 500MG TBL FLM 120

DETRALEX 500MG TBL FLM 180

Příklady

Předepište na opakovací recept Detralex užívaný při chronické žilní insuficienci tak, aby pacient užíval dvě tablety v jedné denní dávce (večer) a aby mu množství vystačilo na 6 měsíců.

Rp.

DETRALEX 500MG TBL FLM 180

Exp. orig. No I (unam)

D.S. 0-0-2

Repetatur 2x (bis)

Příklady

Předepište dítěti, které váží 16 kg, 1 balení perorální antibiotické suspenze s azithromycinem. Dávkuje se 10 mg/kg po 24 hod, 1 ml suspenze obsahuje 40 mg azithromycinu.

Dostupný přípravek:

SUMAMED FORTE 40MG/ML POR PLV SUS 30ML

SUMAMED 125 MG TBL FLM 6

SUMAMED 500 MG TBL FLM 3

Příklady

Předepište dítěti, které váží 16 kg, 1 balení perorální antibiotické suspenze s azithromycinem. Dávkuje se 10 mg/kg po 24 hod, 1 ml suspenze obsahuje 40 mg azithromycinu.

Rp.

SUMAMED FORTE 40MG/ML POR PLV SUS 30ML

Exp. orig. No I (unam)

D.S. 4 ml po 24 hod

Příklady

Předepište pacientovi, který váží 35 kg, 1 balení perorální suspenze obsahující erdosteín na podporu vykašlávání při vlhkém kašli. Standardní dávkování je 5 mg/kg 2x denně. 1 ml suspenze obsahuje 35 mg erdosteínu.

Dostupné přípravky:

ERDOMED 300MG CPS DUR 20

ERDOMED 300 MG CPS DUR 60

ERDOMED 35MG/ML POR PLV SUS 100ML

Příklady

Předepište pacientovi, který váží 35 kg, 1 balení perorální suspenze obsahující erdosteín na podporu vykašlávání při vlhkém kašli. Standardní dávkování je 5 mg/kg 2x denně. 1 ml suspenze obsahuje 35 mg erdosteínu.

Rp.

ERDOMED 35MG/ML POR PLV SUS 100ML

Exp. orig. No I (unam)

D.S. 5 ml 2x denně

Příklady

Předepište na opakovací recept antihypertenzivum Perinalon (účinná látka perindopril) tak, aby pacient užíval 4 mg perindoprilu jednou denně (ráno) a aby množství pacientovi vystačilo na 6 měsíců.

Dostupné přípravky:

PERINALON 4MG TBL NOB 30

PERINALON 4MG TBL NOB 100

Příklady

Předepište na opakovací recept antihypertenzivum Perinalon (účinná látka perindopril) tak, aby pacient užíval 4 mg perindoprilu jednou denně (ráno) a aby množství pacientovi vystačilo na 6 měsíců.

Rp.

PERINALON 4MG TBL NOB 100

Exp. orig. No I (unam)

D.S. 1-0-0

Repetatur 2x (bis)