ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21 березня 2012 року № 182
(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України
від _____ року № _____)

_____ Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить надавач медичних послуг _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) надавача медичних послуг, де заповнюється форма Зазначається ідентифікаційний код юридичної особи в Єдиному державному реєстрі підприємств і організацій України або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків – фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 510-1/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21 березня 2012 року № 182 (у редакції наказу МОЗ України від _____20___ №___)

Журнал
обліку лікарських засобів, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах надавачів медичних послуг, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ

_____
(повне найменування структурного підрозділу надавача медичних послуг)

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

1. Назва лікарського засобу, молочної суміші _____ 3. Одиниця виміру _____
(повна торговельна назва, форма випуску) (упаковка, таблетка, капсула, ампула, флакон)

2. Міжнародна непатентована назва _____

Таблиця 1000

Документ про розподіл (назва, видавець, номер, дата)	Надійшло				Видано					Залишок
							кому видано			
	дата	постачальник, номер, дата документа	кількість	серія, термін придатності	дата	кількість	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 **Тетяна СКАПА**