

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

21 березня 2012 року № 182

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України

від \_\_\_\_\_ року № \_\_\_\_\_)

<p>_____</p> <p>(найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого (якої) перебуває заклад охорони здоров'я)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма)</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>		<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p><b>Форма первинної облікової документації</b></p> <p><b>№ 510-1/о</b></p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p>21 березня 2012 року № 182</p> <p>(у редакції наказу МОЗ</p> <p>від _____ року № _____)</p>
<p style="text-align: center;"><b>ЖУРНАЛ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>обліку лікарських засобів, молочних сумішей у відділеннях і кабінетах закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим особам</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(повна назва структурного підрозділу закладу охорони здоров'я)</p> <p>Відповідальна особа _____</p> <p style="text-align: center;">(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)</p> <p>Розпочато ____ _____ 20__ року</p> <p style="text-align: right;">Закінчено ____ _____ 20__ року</p>		



### Інформація до таблиці 1000

1. Назва лікарського засобу, молочної суміші \_\_\_\_\_  
(повна торгова назва, форма випуску)

3. Одиниця виміру \_\_\_\_\_  
(упаковка, таблетка, капсула, ампула, флакон тощо)

2. Міжнародна непатентована назва \_\_\_\_\_

Таблиця 1000

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

Директор Департаменту громадського здоров'я

Олексій ДАНИЛЕНКО