Спреченост за креирање на Е- рецепт

Назив на процедурата:	**Спреченост за креирање на Е- рецепт**
ЗУ во кои се применува:	**Примарно ниво на здравствена заштита (Избран лекар)**

I. Краток опис на процедурата

Оваа процедура се применува во случај кога во установата нема можност да се креира Е- рецепт. Се постапува според следните чекори:

1. Од страна на лекарот или назначено лице во установата (оператор) се издава рецепт кој рачно се пополнува (во образецот за рецепт).
2. Лекарот или назначено лице во установата (оператор) се јавува на телефонскиот број на техничка поддршка на системот Мој Термин (15 444) и ги соопштува потребните податоци опишани во деталниот опис на оваа процедура.
3. Техничкото лице го известува лекарот или назначеното лице во установата (оператор) за сите податоци кои се генерираат.
4. Добиените податоци, со читлив ракопис лекарот или операторот од установата ги внесува во образецот кој потоа му го дава на пациентот.

II. Детален опис на процедурата

1. Причини за спреченост за креирање Е- рецепт

Причините за спреченост за креирање Е- рецепт може да бидат следни:

- Прекин во електричната мрежа
- Прекин на интернет конекција
- Хардверски проблем кој не може брзо да се отстрани

Причината за спреченост за креирање Е- рецепт се забележува во образецот.

2. Пополнување на образецот за рецепт

Лекарот или назначено лице во установата (оператор) е дожен да го пополни со читлив ракопис образецот за рецепт, со податоци кои ќе ги добие повратно при јавување на телефонскиот број на техничка поддршка на системот Мој Термин (15 444).

При јавувањето на техничкото лице му ги соопштува следните податоци:

- Податоци за лекарот кој е оневозможен да креира Е- рецепти тоа:
  - Назив на ЗУ
  - Име и презиме и
  - Број на факсимил
- Податоци за креирање на Е – рецепт и тоа:
  - ЕМБГ или ЕЗБО на пациентот
  - Дијагноза по МКБ10
  - Тип на рецепт
  - Генерика, форма и јачина на лек
  - Факсимил/и на специјалист/и (доколку се потребни)
  - Датум на важност(ако се работи за хроничен рецепт)

Техничкото лице го креира Е-рецептот во системот Мој Термин, врз основа на претходно соопштените податоци. Потоа го известува лекарот или назначеното лице во установата

Спреченост за креирање на Е- рецепт

(оператор) за сите податоци кои се генерираат. Добиените податоци, со читлив ракопис лекарот или операторот од установата ги внесува во образецот. Во образецот се наведува и причината за спреченост за креирање Е-рецепт како и точното време (час и датум) на креирањето на рецептот. Пополнетиот рецепт му се дава на пациентот.

Прилог: **Образец на рецепт**

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

РЕЦЕПТ Бр_________

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК ЗА СТРАНСКИ ОСИГУРЕНИК

Место за потврда за платен придонес

Подрачна служба ______________________

Презиме и име ______________________

Адреса ______________________

Број на здравствено осигур. / идентификација |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на ЕНІС картица |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Држава ______________________

Број на пасош ______________ Датум на раѓање |_|_|_|_|_|_|_|_|

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име ______________________

Број на здравствено осигур. / идентификација |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Препорака од специјалист / субспецијалист / конзилиум |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Н ☐ А ☐ Х ☐ |_|_|_|_|_|_|_| дијагноза

Rp.

______ датум на пропишување

______ датум на важност од (за хронична терапија)

М.П.

______ факсимил и потпис на лекар

Шифра на лекот |_|_|_|_|_|_|_|

Шифра на аптека |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Количина на лек по единица фамацевтска форма |_|_|_|

Број на спецификација |_|_|_|_|_|_|_|

Пакување |_|_|

Реден број на рецептот во спецификација |_|_|_|_|_|_|_|

М.П.

______ датум на издавање на лекот

______ шифра и потпис на фармацевтскиот техничар

______ факсимил и потпис на фармацевтот

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

РЕЦЕПТ Бр_________

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК

Место за потврда за платен придонес

Подрачна служба ______________________

Презиме и име ______________________

Адреса ______________________

ЕМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЕЗБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на здравствен картон |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Основ на осигурување |_|_|

Број на здравствена легитимација |_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|

Рег. број на обврзникот |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име ______________________

ЕМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЕЗБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Препорака од специјалист / субспецијалист / конзилиум |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Н ☐ А ☐ Х ☐ |_|_|_|_|_|_|_| дијагноза

Rp.

______ датум на пропишување

______ датум на важност од (за хронична терапија)

М.П.

______ факсимил и потпис на лекар

Шифра на лекот |_|_|_|_|_|_|_|

Шифра на аптека |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Количина на лек по единица фамацевтска форма |_|_|_|

Број на спецификација |_|_|_|_|_|_|_|

Пакување |_|_|

Реден број на рецептот во спецификација |_|_|_|_|_|_|_|

М.П.

______ датум на издавање на лекот

______ шифра и потпис на фармацевтскиот техничар

______ факсимил и потпис на фармацевтот

Прилог: **Образец на рецепт**