

Nazwa kwalifikacji: **Sporządzanie i wytwarzanie produktów leczniczych oraz prowadzenie obrotu produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, suplementami diety i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz innymi produktami dopuszczonymi do obrotu w aptece na podstawie przepisów prawa**

Symbol kwalifikacji: **MED.09**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **180** minut.

MED.09-01-25.06-SG

## EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2025

**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2019**

### Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
  - swój numer PESEL\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 18 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

**Powodzenia!**

\* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

## Zadanie egzaminacyjne

2 czerwca 2025 roku do apteki ogólnodostępnej zgłosiły się dwie osoby - pacjent w celu realizacji recepty na lek recepturowy oraz pacjentka w celu realizacji dwóch recept na leki gotowe.

Receptę na lek recepturowy sprawdzono pod względem formalnym, stwierdzono, że jest prawidłowa i przyjęto do realizacji pod numerem aptecznym 02340. Wyciąg z tej recepty zamieszczony jest w arkuszu egzaminacyjnym. Dokonaj jego analizy, a następnie:

1. Zapisz informacje o leku recepturowym wymagane w części A protokołu sporządzenia leku recepturowego.
2. Przeprowadź kontrolę stężenia jodu w leku recepturowym (sprawdź czy wartość jego stężenia nie przekracza górnej granicy przedziału stężeń, podanego w Farmakopei Polskiej XIII).

*Uwaga.*

- *Wartość stężenia podaj z dokładnością do 0,01 %.*
- *Zapisz nie tylko wartość stężenia, ale także jego obliczenia.*

3. Opracuj zestawienie ilości składników leku recepturowego, niezbędnych do jego sporządzenia.

*Uwaga.*

- *Jod należy rozpuścić w 50 % roztworze jodku potasu o masie 2,0 g.*
- *Dla wody zapisz nie tylko uzyskane wyniki, ale także ich obliczenia.*
- *Ilości wody i masy składników leku podaj z dokładnością do 0,1 g.*

4. Zaplanuj proces sporządzania leku recepturowego.

*Uwaga.*

- *Uwzględnij czynności związane z przygotowaniem osoby sporządzającej lek i przygotowaniem stanowiska pracy oraz kolejne czynności dotyczące sporządzania leku, w tym informacje o ilości odważanych składników, sposobie postępowania podczas odważania substancji stałych i płynnych, używanym sprzęcie i utensyliach oraz sposobie przygotowania leku do wydania.*
- *Uwzględnij wyłącznie wyposażenie do receptury dostępne w aptece, podane w tabeli 1.*

5. Dobierz i wypełnij etykietę apteczną dla leku recepturowego przepisanego na recepcie.

*Uwaga.*

- *W rubryce „Data sporządzenia” wpisz datę egzaminu.*
- *W rubryce „Imię i nazwisko osoby sporządzającej lek” na potrzeby egzaminu zamiast imienia i nazwiska wpisz swój numer PESEL.*
- *Zadanie nie obejmuje wyznaczenia terminu przydatności leku recepturowego do użycia.*

Dokonaj analizy wyciągów z recept na leki gotowe, a następnie przygotuj informację dla pacjentki, ile opakowań i po ile tabletek zaordynowanych produktów leczniczych może ona kupić 2 czerwca 2025 roku. Obie informacje uzasadnij, powołując się na przepisy prawa.

*Uwaga.*

- *Na stanie magazynowym apteki znajdują się opakowania produktu leczniczego Stilnox® 10 mg po 14 i 20 tabletek, a produktu Tramal® Retard 100 mg po 10, 30 i 50 tabletek.*
- *Produkt leczniczy Stilnox® 10 mg jest dostępny w hurtowniach wyłącznie w opakowaniach po 10, 14 i 20 tabletek.*

Pozostałe dane potrzebne do rozwiązania zadania znajdują się na zrzutach ekranu programu aptecznego, zamieszczonych w arkuszu egzaminacyjnym oraz w załączniku 1 stanowiącym odrębną broszurę,

zawierającym wybrane fragmenty Farmakopei Polskiej XIII i fragmenty rozporządzeń Ministra Zdrowia, dotyczące realizacji recept.

Rozwiązanie zadania zapisz w formularzu protokołu sporządzenia leku recepturowego, w tabeli 2, na druku etykiety aptecznej oraz w tabeli 3, znajdujących się w arkuszu egzaminacyjnym.

Dane pacjenta oraz informacje o nim, zawarte w arkuszu egzaminacyjnym, są fikcyjne.

#### WYCIĄG Z RECEPTY NA LEK RECEPTUROWY

**Pacjent:** Kazimierz Nowak, numer PESEL: 650112XXXXX

**Wystawca:** lek. med. Anna Wiśniewska, NPWZ 231XXXX

**Data wystawienia:** 28 maja 2025 r.

**Data realizacji od:** 28 maja 2025 r.

**Data realizacji do:** 27 czerwca 2025 r.

*Rp.*

*Iodi puri* 0,1

*Kalii iodidi* 1,0

*Glyceroli 85 %* 30,0

*Aquae pro usu officinale* ad 125,0

*M.f. sol.*

D.S. 3 × dziennie do płukania gardła

**Odpłatność:** R

#### WYCIĄG Z RECEPTY NA LEK GOTOWY STILNOX®

**Pacjent:** Anna Kowalska, numer PESEL: 880315XXXXX

**Wystawca:** lek. med. Janina Szary, NPWZ 122XXXX

**Data wystawienia:** 30 maja 2025 r.

**Data realizacji od:** 30 maja 2025 r.

**Data realizacji do:** 28 czerwca 2025 r.

*Rp.*

Stilnox 10 mg po 14 tabl.

Liczba opakowań: 6

Dawkowanie: 1 tabletkę w razie bezsenności

Potwierdzono sumaryczną ilość substancji czynnej: **winian zolpidemu 840 mg**

**Odpłatność:** 100 %

## WYCIĄG Z RECEPTY NA LEK GOTOWY TRAMAL® RETARD

**Pacjent:** Anna Kowalska, numer PESEL: 880315XXXXX

**Wystawca:** lek. med. Janina Szary, NPWZ 122XXXX

**Data wystawienia:** 30 maja 2025 r.

**Data realizacji od:** 30 maja 2025 r.

**Data realizacji do:** 28 czerwca 2025 r.

*Rp.*

Tramal Retard 100 mg po 30 tabl. o przedłużonym uwalnianiu      NZ

Liczba opakowań: 6

Dawkowanie: 1 raz dziennie rano

Potwierdzono sumaryczną ilość substancji czynnej: **chlorowodorek tramadolu 18 g**

**Odpłatność:** 30 %

**Tabela 1. Wykaz wyposażenia do receptury dostępnego w aptece**

| <b>Sprzęt, utensylia, opakowania, druki do receptury dostępne w aptece</b>                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| waga do odważania płynów                                                                                                                                                        |
| waga do odważania proszków                                                                                                                                                      |
| kapsułkarka ręczna                                                                                                                                                              |
| łoża z laminarnym nawiewem jałowego powietrza                                                                                                                                   |
| łaźnia wodna                                                                                                                                                                    |
| płyta grzewcza                                                                                                                                                                  |
| mikser recepturowy (unguator)                                                                                                                                                   |
| prasa do wytłaczania czopków                                                                                                                                                    |
| formy do czopków                                                                                                                                                                |
| zestaw sit farmakopealnych                                                                                                                                                      |
| moździerze bez wylewu z dopasowanymi pistlami                                                                                                                                   |
| moździerze z wylewem z dopasowanymi pistlami                                                                                                                                    |
| parownice porcelanowe i emaliowane                                                                                                                                              |
| łyżki recepturowe                                                                                                                                                               |
| łopatki (szpatułki) recepturowe                                                                                                                                                 |
| bagietki (pręciki) szklane                                                                                                                                                      |
| karty recepturowe                                                                                                                                                               |
| podkładki (krążki) pergaminowe o średnicy: 50 mm, 75 mm, 100 mm, 125 mm, 140 mm                                                                                                 |
| płyta szklana                                                                                                                                                                   |
| szkiełko zegarkowe                                                                                                                                                              |
| zlewki o pojemności: 10 ml, 25 ml, 50 ml, 100 ml, 150 ml, 250 ml, 500 ml                                                                                                        |
| butelki z dopasowanym zamknięciem, o pojemności: 10 ml, 15 ml, 20 ml, 30 ml, 40 ml, 60 ml, 100 ml, 125 ml, 150 ml, 160 ml, 200 ml, 250 ml, 300 ml, 500 ml, 1000 ml              |
| pojemniki na maści, o pojemności: 25 ml/20 g, 40 ml/30 g, 60 ml/50 g, 125 ml/100 g, 185 ml/150 g, 220 ml/200 g, 310 ml/250 g                                                    |
| etykiety apteczne: białe i pomarańczowe                                                                                                                                         |
| torebki apteczne papierowe: białe i pomarańczowe                                                                                                                                |
| etykiety informacyjne: „Trucizna”, „Zmieszać przed użyciem”, „Przechowywać w lodówce”, „Przechowywać w chłodnym miejscu”, „Chronić od światła”, „Przechowywać w suchym miejscu” |

**KARTA PRODUKTU LECZNICZEGO STILNOX® 10 MG TABLETKI**  
(fragment zrzutu ekranu programu aptecznego)

| Karta leku             |                           | Kod EAN: 5909991423339      |                                                           |
|------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nazwa:                 | Stilnox                   |                             |                                                           |
| Nazwa międzyn.:        | Zolpidemum                | PKWiU:                      | -                                                         |
| Podmiot odpowiedzial.: | SANOFI WINTHROP INDUSTRIE | Kod CN:                     | 3004 90 00                                                |
| Postać:                | tabl.powl.                | Kod GTU:                    | Nie dotyczy                                               |
| Dawka:                 | 10 mg                     |                             |                                                           |
| Opak. handl.:          | 14 tabl.                  |                             |                                                           |
| Numer rejestru PL:     | 375                       |                             |                                                           |
| Data końca rej. PL:    |                           |                             |                                                           |
| Numer rejestru UE:     | -                         |                             |                                                           |
| Data końca rej. UE:    |                           |                             |                                                           |
| Grupa:                 | 4                         |                             |                                                           |
| NZO:                   | 0.5 / 7 tabl.             |                             |                                                           |
| NWZ:                   | 1 / -                     |                             |                                                           |
| NWP:                   | 1 / -                     |                             |                                                           |
|                        |                           | <b>Kategorie</b>            | <b>Informacje</b> [F12] Rozwiń                            |
|                        |                           | Rodzaj I                    | <input type="checkbox"/> Trucizna (T)                     |
|                        |                           | Rodzaj II                   | <input type="checkbox"/> Prekursor (R)                    |
|                        |                           | Rodzaj III                  | <input checked="" type="checkbox"/> Psychotrop (P)        |
|                        |                           | Działania                   | <input type="checkbox"/> Narkotyk (N)                     |
|                        |                           | Podawanie I                 | <input type="checkbox"/> Bardzo silnie działający (A)     |
|                        |                           | Podawanie II                | <input checked="" type="checkbox"/> Silnie działający (B) |
|                        |                           | Pochodzenie                 | <input checked="" type="checkbox"/> Silnie upośledzający  |
|                        |                           | Materiały medyczne          | <input type="checkbox"/> Upośledzający                    |
|                        |                           | Środki ortopedyczne i pomoc | <input type="checkbox"/> Lek ściśle monitorowany          |
|                        |                           | Stan produktu               | <input type="checkbox"/> Ograniczenie w sprzedaży         |
|                        |                           | Grupy leku                  |                                                           |
|                        |                           | Dystrybucja                 |                                                           |
|                        |                           | <b>Ostrzeżenia</b>          |                                                           |
|                        |                           | Wydawanie                   |                                                           |
|                        |                           | Wykaz                       |                                                           |
|                        |                           | Rejestracja                 |                                                           |
|                        |                           | Cena                        |                                                           |
|                        |                           | Refundacja                  |                                                           |

**WYKAZ OPAKOWAŃ PRODUKTU LECZNICZEGO STILNOX® 10 MG TABLETKI  
DOPUSZCZONYCH DO OBROTU NA TERYTORIUM RP  
(fragment zrzutu ekranu programu aptecznego)**

| Nazwa   | Kod EAN       | Nazwa międzynarodowa | Dawka | Postać     | Opakowanie        | Podmiot odpowiedzialny    | Kraj    |
|---------|---------------|----------------------|-------|------------|-------------------|---------------------------|---------|
| Stilnox | 5909991423322 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 7 tabl.           | SANOFI AVENTIS FRANCE     | FRANCJA |
| Stilnox | 5909997217871 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991239404 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |
| Stilnox | 5902023775062 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | PRETIUM FARM SP. Z O.O.   | POLSKA  |
| Stilnox | 5909997202549 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991263621 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | FORFARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909997210100 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl.          | FORFARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909990037513 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 10 tabl. (blist.) | SANOFI AVENTIS FRANCE     | FRANCJA |
| Stilnox | 5909991423339 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | SANOFI WINTHROP INDUSTRIE | FRANCJA |
| Stilnox | 5909991494261 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991489694 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991472801 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991487287 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991525071 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 14 tabl.          | MEDEZIN SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991239411 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |
| Stilnox | 5902023775079 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | PRETIUM FARM SP. Z O.O.   | POLSKA  |
| Stilnox | 5909997202556 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909997210117 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | FORFARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991263638 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | FORFARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909997217888 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 20 tabl.          | INPHARM SP. Z O.O.        | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991494278 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 28 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |
| Stilnox | 5909991487294 | Zolpidemum           | 10 mg | tabl.powl. | 28 tabl.          | DELFARMA SP. Z O.O.       | POLSKA  |

**KARTA PRODUKTU LECZNICZEGO TRAMAL® RETARD 100 MG PO 30 TABLETEK**  
(fragment zrzutu ekranu programu aptecznego)

Karta leku

Kod EAN: 5909990786220

Nazwa: Tramal Retard 100

Nazwa międzyn.: Tramadolum

Kraj: NIEMCY

Podmiot odpowiedzial.: STADA ARZNEIMITTEL AG

Postać: tabl.o przedł.uwaln.

PKWiU: -

Dawka: 100 mg

Kod CN: 3004

Opak. handl.: 30 tabl. (3 blist. po 10 tabl.)

Kod GTU: Nie dotyczy

Numer rejestru PL: 7862

Data końca rej. PL:

Numer rejestru UE: -

Data końca rej. UE:

Grupa: 3

NZO: 0.33 / 10 tabl.

NWZ: 0.33333 / 10 tabl.

NWP: 0.33333 / 10 tabl.

Kategorie

Rodzaj I

Rodzaj II

Rodzaj III

Działania

Podawanie I

Podawanie II

Pochodzenie

Materiały medyczne

Środki ortopedyczne i pomoc

Stan produktu

Grupy leku

Dystrybucja

Ostrzeżenia

Wydawanie

Wykaz

Rejestracja

Cena

Refundacja

Informacje [F12] Rozwiń

☐ Trucizna (T)

☐ Prekursor (R)

☐ Psychotrop (P)

☐ Narkotyk (N)

☐ Bardzo silnie działający (A)

☒ Silnie działający (B)

☐ Silnie upośledzający

☒ Upośledzający

☐ Lek ściśle monitorowany

☐ Ograniczenie w sprzedaży

**WYKAZ OPAKOWAŃ PRODUKTU LECZNICZEGO TRAMAL® RETARD 100 MG TABLETKI**  
**PODLEGAJĄCYCH REFUNDACJI**  
(fragment zrzutu ekranu programu aptecznego)

| Nazwa             | Status | Nazwa międzynarodowa | Dawka  | Postać               | Opakowanie                      | Podmiot odpowiedzialny | Kraj   |
|-------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|---------------------------------|------------------------|--------|
| Tramal Retard 100 | RL     | Tramadolum           | 100 mg | tabl.o przedł.uwaln. | 10 tabl. (blist.)               | STADA ARZNEIMITTEL AG  | NIEMCY |
| Tramal Retard 100 | RL     | Tramadolum           | 100 mg | tabl.o przedł.uwaln. | 30 tabl. (3 blist. po 10 tabl.) | STADA ARZNEIMITTEL AG  | NIEMCY |
| Tramal Retard 100 | RL     | Tramadolum           | 100 mg | tabl.o przedł.uwaln. | 50 tabl. (5 blist. po 10 tabl.) | STADA ARZNEIMITTEL AG  | NIEMCY |

**POZIOMY ODPLATNOŚCI ZA PRODUKT LECZNICZY TRAMAL® RETARD 100 MG PO 30 TABLETEK  
(fragment zrzutu ekranu programu aptecznego)**

Karta leku

Kod EAN: 5909990786220

Nazwa: Tramal Retard 100

Nazwa międzyn.: Tramadolum

Podmiot odpowiedzial.: STADA ARZNEIMITTEL AG

Postać: tabl.o przedl.uwaln.

Dawka: 100 mg

Opak. handl.: 30 tabl. (3 blist. po 10 tabl.)

Kraj: NIEMCY

PKWiU: -

Kod CN: 3004

Kod GTU: Nie dotyczy

Numer rejestru PL: 7862

Data końca rej. PL:

Numer rejestru UE: -

Data końca rej. UE:

Grupa: 3

NZO: 0.33 / 10 tabl.

NWZ: 0.33333 / 10 tabl.

NWP: 0.33333 / 10 tabl.

|         | H | W | J | O | A | S | C | Dz | B | X | D | R | U | Z | P | Domy:  |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| Blista  | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  |   |   |   |   | ✓ |   | ✓ | 30%    |
| Ch.P.   | ✓ |   | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ |   |   |   |   |   |   | B+Dop: |
| Rpw     |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 100%   |
| Rpw P.  |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 100%   |
| Wniosek |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 100%   |
| Odręcz. |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   | 100%   |

Zapłata rycz.: Zapłata 30%: 9.52

Zapłata BZ: 3.84 Zapłata 50%:

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenie będzie podlegać 5 rezultatów:**

- informacje o leku recepturowym – część A protokołu sporządzenia leku recepturowego,
- kontrola stężenia substancji leczniczej oraz zestawienie ilości składników niezbędnych do sporządzenia leku recepturowego – części B i C protokołu sporządzenia leku recepturowego,
- wykaz planowanych czynności prowadzących do sporządzenia leku recepturowego przepisanego na receptę - tabela 2,
- etykieta apteczna dla leku recepturowego przepisanego na receptę,
- informacja dla pacjentki dotycząca możliwości realizacji recept na leki gotowe, wraz z uzasadnieniem - tabela 3.

**PROTOKÓŁ SPORZĄDZENIA LEKU RECEPTUROWEGO**  
(fragment)

| Część A - Informacje o leku recepturowym                                |                                                       |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Numer apteczny leku recepturowego                                       | Data i godzina sporządzenia leku recepturowego        | Data przydatności leku recepturowego |
|                                                                         | XXXXXXXXXXXXXX                                        | XXXXXXXXXXXXXX                       |
| Postać farmaceutyczna leku recepturowego<br>(nazwa polska lub łacińska) | Opakowanie leku recepturowego<br>(rodzaj i pojemność) |                                      |
|                                                                         |                                                       |                                      |
| Warunki przechowywania leku recepturowego<br>(co najmniej 2 warunki)    |                                                       |                                      |
|                                                                         |                                                       |                                      |
| Działania leku recepturowego<br>(co najmniej 1 działanie)               |                                                       |                                      |
|                                                                         |                                                       |                                      |
| Wskazania do stosowania leku recepturowego<br>(co najmniej 1 wskazanie) |                                                       |                                      |
|                                                                         |                                                       |                                      |

**Część B - Kontrola stężenia substancji leczniczej****Substancja lecznicza: jod**

Obliczenia:

Stężenie\* jodu w leku:

..... %

Przedział zwykle stosowanych stężeń jodu, podany w FP XIII: ..... %

**Wniosek**

Stężenie jodu w leku recepturowym **przekracza górną granicę/nie przekracza górnej granicy**\*\* przedziału zwykle stosowanych stężeń, podanego w Farmakopei Polskiej XIII

*\* Wynik należy zapisać z dokładnością do 0,01 %**\*\* Należy skreślić niepotrzebne***Część C - Zestawienie ilości składników niezbędnych do sporządzenia leku recepturowego**

Obliczenia ilości wody niezbędnej do sporządzenia 50 % roztworu jodku potasu:

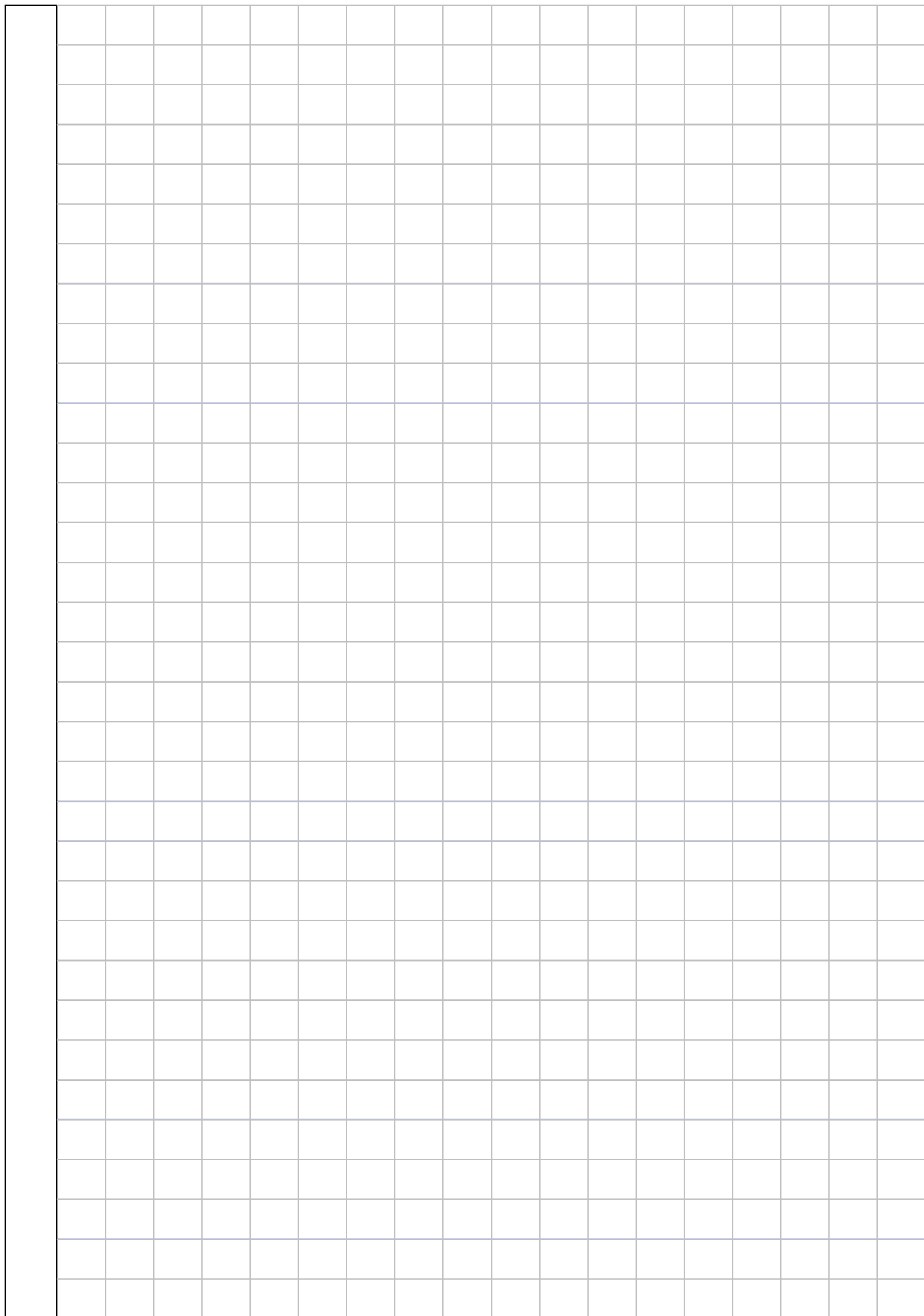
Obliczenia całkowitej ilości wody niezbędnej do sporządzenia leku:

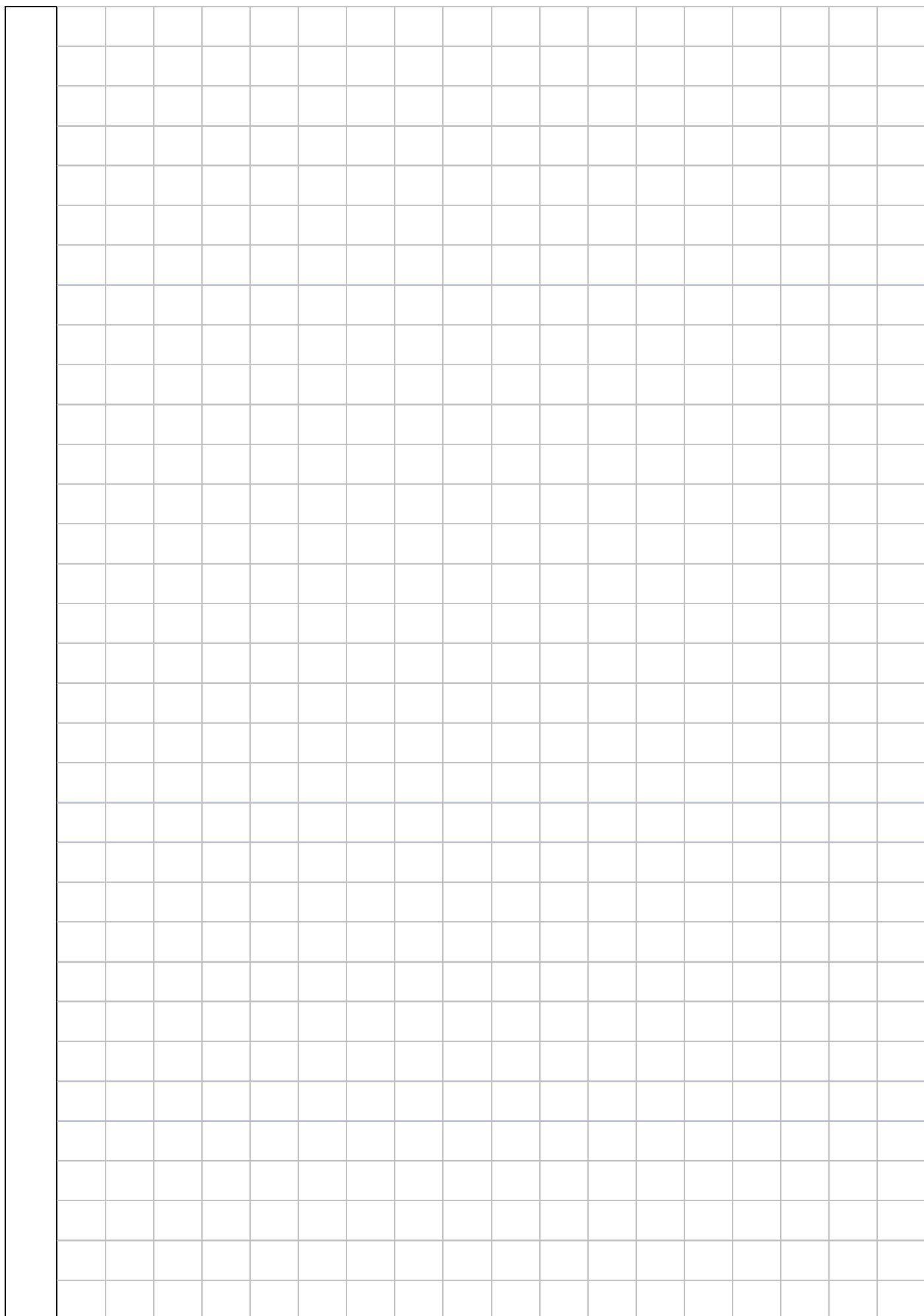
| Lp.                                          | Nazwa składnika<br>(w języku polskim)      | Ilość składnika*      |          |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------|
|                                              |                                            | do odważenia          | odważona |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
|                                              |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
| Razem masa wszystkich składników             |                                            | ..... g               | XXXXXX   |
| Masa leku recepturowego zapisana na receptce |                                            | ..... g               |          |
| Lek sporządził:                              | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX<br>(imię i nazwisko) | XXXXXXXXX<br>(podpis) |          |
| Protokół sporządził:                         | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX<br>(imię i nazwisko) | XXXXXXXXX<br>(podpis) |          |

\* Wartość należy zapisać z dokładnością do 0,1 g

**Tabela 2. Wykaz planowanych czynności prowadzących do sporządzenia leku recepturowego przepisanego na recepcie**

[illegible]





### Etykieta apteczna dla leku recepturowego przepisanego na receptę

Uwaga. Należy wypełnić właściwą etykietę. W rubryce „Data sporządzenia” leku należy wpisać datę egzaminu. W rubryce „Imię i nazwisko osoby sporządzającej lek” na potrzeby egzaminu zamiast imienia i nazwiska należy wpisać swój numer PESEL. Zadanie nie obejmuje wyznaczenia terminu przydatności leku recepturowego do użycia.

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| Nr leku:                                                               |
| Imię i nazwisko pacjenta (wiek)                                        |
| Imię i nazwisko lekarza                                                |
| <b>DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO</b>                                          |
| <i>Rp.</i>                                                             |
| Sposób użycia:                                                         |
| Sposób przechowywania:                                                 |
| Termin ważności:<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                              |
| Data sporządzenia:                                                     |
| Imię i nazwisko osoby sporządzającej lek<br>(pieczętka/nadruk), podpis |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX<br>Nazwa i adres/pieczętka apteki                |

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| Nr leku:                                                               |
| Imię i nazwisko pacjenta (wiek)                                        |
| Imię i nazwisko lekarza                                                |
| <b>DO UŻYTKU ZEWNĘTRZNEGO</b>                                          |
| <i>Rp.</i>                                                             |
| Sposób użycia:                                                         |
| Sposób przechowywania:                                                 |
| Termin ważności:<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                              |
| Data sporządzenia:                                                     |
| Imię i nazwisko osoby sporządzającej lek<br>(pieczętka/nadruk), podpis |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX<br>Nazwa i adres/pieczętka apteki                |

**Tabela 3. Informacja dla pacjentki dotycząca możliwości realizacji recept na leki gotowe**

| Lp. | Informacja dla pacjentki                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | <p>Maksymalna liczba opakowań produktu leczniczego Stilnox® 10 mg, które można wydać pacjentce w dniu realizacji recepty: ..... opakowanie/opakowania/opakowań po ..... tabletek</p> <p>Uzasadnienie: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| 2.  | <p>Maksymalna liczba tabletek produktu leczniczego Tramal® Retard 100 mg, które można wydać pacjentce w dniu realizacji recepty: ..... tabletek</p> <p>Uzasadnienie: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                               |

**MIEJSCE NA ZAPISY NIEPODLEGAJĄCE OCENIE  
(BRUDNOPIS)**