ПРИЛОГ А: Задолжителна ампуларна терапија за ПЗЗ - гинекологија 2026 година				
Р Бр.	**Генеричко име**	**Фармацевтска дозажна форма**		**Состојба/Забелешка**
1	**METHYLERGOMETRINE**	Injekcii	0,20mg/1ml	
2	**LINKOMYCIN**	Injekcii	300mg/1ml**;** 600mg/2ml	
3	**GENTAMICIN**	Injekcii	40mg; 80mg; 120mg	
4	**KETOPROFEN**	Injekcii	100mg/2ml	
5	**DIAZEPAM**	Injekcii	10mg/2ml	

Одговорно лице во ПЗУ

_____

Датум_____

Одговорни лица за контрола на ФЗОРСМ

_____

_____