ПРИЛОГ А: Задолжителна ампуларна терапија за ПЗЗ - општа медицина 2026 година				
Р Бр	**Генеричко име**	**Фармацевтска дозажна форма**		**Состојба/Забелешка**
1	**ASCORBIC ACID**	Injekcii	500mg/5ml	
2	**AMINOPHYLLIN**	Injekcii	250mg/10ml	
3	**FUROSEMIDE**	Injekcii	20mg/2ml	
4	**VERAPAMIL**	Injekcii	5mg/2ml	
5	**DEXAMETHASONE**	Injekcii	4mg/1ml	
6	**METHYLPREDNISOLONE SUCCINATE NATRIUM**	Injekcii	20mg; 40mg;	
7	**LINKOMYCIN**	Injekcii	300mg/1ml**;** 600mg/2ml	
8	**GENTAMICIN**	Injekcii	20mg; 40mg; 80mg; 120mg	
9	**KETOPROFEN**	Injekcii	100mg/2ml	
10	**TRAMADOL**	Injekcii	50mg/1ml; 100mg/2ml	
11	**DIAZEPAM**	Injekcii	10mg/2ml	

Одговорно лице во ПЗУ

_____

Датум_____

Одговорни лица за контрола на ФЗОРСМ

_____

_____