ПРИЛОГ: А/1 ТЕРАПИЈА ЗА УРГЕНТНИ СОСТОЈБИ за ПЗЗ (стоматологија) 2026 година				
Ред бр.	Генеричко име	**Фармацевтска дозажна форма**		**Состојба/Забелешка**
1	**EPINEPHRINE (ADRENALIN HYDROCHLORID)**	Инјекции	1 mg/ ml	
2	**CHLOROPYRAMINE**	Инјекции	10 mg/ ml	
3	**AMINOPHYLLIN**	Инјекции	25 mg/ ml	
4	**METHYLPREDNIZOLON**	Инјекции	20mg/ml; 40mg/ml	

Одговорно лице во ПЗУ

_____

Датум_____

Одговорни лица за контрола на ФЗОРСМ

_____

_____