

## REGLUGERÐ

### um (3.) breytingu á reglugerð nr. 111/2001 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja.

#### 1. gr.

3. mgr. 16. gr. orðast svo:

Lyfseðilseyðublöð skulu auðkennd í númeraröð í efra hægra horni og skal hjá lækni/stofnun halda skrá yfir þær númeraraðir sem eru í notkun hverju sinni. Númer þetta skal forprentað bæði með strikamerki (Code 39) og tölustöfum.

#### 2. gr.

2. mgr. 17. gr. orðast svo:

Stærð símalýfseðils skal vera A-5 og hlutföll einstakra reita á honum skulu að öllu leyti vera í samræmi við sýnishorn í viðauka 2. Óheimilt er að forprenta á símalýfseðils-eyðublað annað en það sem reglugerð þessi gerir ráð fyrir. Símalýfseðilseyðublöð skulu auðkennd í númeraröð í efra hægra horni. Númer þetta skal forprentað bæði með strikamerki (Code 39) og tölustöfum.

#### 3. gr.

3. mgr. 31. gr. orðast svo:

Símalýfseðill getur hvorki verið skömmtunar- né fjölnota lyfseðill og óheimilt er að ávísa í síma eftirritunarskyldum lyfjum, ávana- og fíknilyfjum, sem ekki hefur verið veitt markaðsleyfi fyrir, nema um sé að ræða lyf, sem framleitt er í íslenskri lyfjabúð.

#### 4. gr.

Viðauki 1 (Sýnishorn lyfseðils) orðast svo:

#### 5. gr.

Viðauki 2 (Sýnishorn símalýfseðils) orðast svo:

#### 6. gr.

Reglugerð þessi, sem sett er með heimild í 12. gr. og 49. gr. lyfjalaga nr. 93/1994 með síðari breytingum, öðlast þegar gildi.

*Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, 24. apríl 2006.*

**Siv Friðleifsdóttir.**

*Davíð Á. Gunnarsson.*

VIÐAUKI I

**Lyfseðill**



Nafn sjúklings			
Kennitala		Lyfseðill gildir til _____ Lyfseðill gildir í lengst 12 mánuði frá útgáfudegi.	
Heiti lyfs		Kvittun lyfjafr.	
Lyfjaform	Styrkleiki	Ávisað magn	
Notkunarfyrimæli			
Lyfið er notað við			
Heiti lyfs		Kvittun lyfjafr.	
Lyfjaform	Styrkleiki	Ávisað magn	
Notkunarfyrimæli			
Lyfið er notað við			
Afgreiðist einu sinni <input type="checkbox"/>	Afgreiðist	sinum á minnst	daga fresti
		Afgreiðist í skammtaöskju	<input type="checkbox"/>
Dagsetning Undirskrift útgefanda			
1. afgreiðsla	2. afgreiðsla		
3. afgreiðsla	4. afgreiðsla		

VIÐAUKI II

Símalyfseðill

\* A 0 0 0 0 0 0 0 \*



Nafn lækis / tannlækis / dýralækis			
Læknanúmer	Símanúmer útgefanda		
Nafn sjúklings / umráðamanns dýrs			
Kennitala sjúklings / umráðamanns dýrs	Heiti dýrs, auðkenni eða dýrategund		
Heiti lyfs		Kvittun lyfjafr.	
Lyfjaform	Styrkleiki	Ávisað magn	
Notkunarfyrirmæli			
Lyfið er notað við			
Heiti lyfs		Kvittun lyfjafr.	
Lyfjaform	Styrkleiki	Ávisað magn	
Notkunarfyrirmæli			
Lyfið er notað við			
Dagsetning	Undirskrift lyfjafræðings	Kóðanúmer	
Athugasemdir	Lyfseðill gildir til _____ Símalyfseðill gildir í lengst 30 daga frá útgáfudegi.		

ISAPFI, Gullaborg