

ҒАУЛЫК ҒАКЛАУ  
МИНИСТРЛЫҒЫМИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тукай урамы, 23 йорт, Өфө калаһы, 450002

ул. Тукаева, д. 23, г. Уфа, 450002

Тел. (347) 218-00-81, факс 218-00-62, e-mail: minzdrav@bashkortostan.ru

Бойорок

«12» 05 2016 й.

Приказ

№ 1492-Д «12» 05 2016 г.

**Об утверждении форм медицинской документации для медицинских организаций Республики Башкортостан, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов на основании лицензии на медицинскую деятельность с указанием трансфузиологии в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности**

В целях упорядочения ведения документации в медицинских организациях Республики Башкортостан, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов на основании лицензии на медицинскую деятельность с указанием трансфузиологии в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы медицинской документации для медицинских организаций Республики Башкортостан, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов на основании лицензии на медицинскую деятельность с указанием трансфузиологии в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности (Приложение):

1.1. форма № 1 «Журнал регистрации первичного определения группы крови и резус – принадлежности»;

1.2. форма № 2 «Направление на подтверждение группы крови АВО, фенотипирование по антигенам резус и Келл (С,с,Е,е,Сw,К,к) и определение антиэритроцитарных антител»;

1.3. форма № 3 «Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови»;

1.4. форма № 4 «Заявка на компоненты крови»;

1.5. форма № 5 «Журнал регистрации макроскопической оценки и температурного режима хранения компонентов крови»;

1.6. форма № 6 «Журнал регистрации температуры воздуха в помещении»;

1.7. форма № 7 «Журнал учета поступления и выдачи компонентов крови»;

1.8. форма № 8 «Журнал регистрации процесса размораживания компонента крови»;

1.9. форма № 9 «Журнал регистрации переливания компонентов крови»;

- 1.10. форма № 10 «Лист регистрации переливания трансфузионных сред»;
- 1.11. форма № 11 «Протокол трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов»;
- 1.12. форма № 12 «Протокол проверки организации трансфузионной помощи в клиническом отделении»;
- 1.13. форма № 13 «Протокол интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов»;
- 1.14. форма № 14 «Карта аутодонора»;
- 1.15. форма № 15 «Журнал заготовки аутокомпонентов»;
- 1.16. форма № 16 «Журнал температурного режима хранения концентрата тромбоцитов»;
- 1.17. форма № 17 «Журнал регистрации транспортировки компонентов крови»;
- 1.18. форма № 18 «Акт списания забракованного компонента крови».

2. Руководителям медицинских организаций Республики Башкортостан, осуществляющим клиническое использование компонентов донорской крови, обеспечить внедрение форм медицинской документации для трансфузиологического кабинета или лечебных подразделений подведомственного учреждения, проводящих трансфузии (переливание) крови и (или) ее компонентов.

3. Рекомендовать ректору ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России Павлову В.Н внедрить в работу формы медицинской документации указанные в п. 1 настоящего приказа.

4. Главному внештатному специалисту трансфузиологу Минздрава РБ, главному врачу ГБУЗ РСПК У.С.Султанбаеву обеспечить оказание методической и практической помощи по вопросам трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских организациях Республики Башкортостан.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Башкортостан Э.Р.Сыртланову.

И.о.министра



Р.Г.Хамитов



**Направление на подтверждение группы крови АВО,  
фенотипирование по антигенам резус и Келл (С,с,Е,е,Сw,К,к) и  
определение антиэритроцитарных антител.**

НАПРАВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_

на подтверждение группы крови АВО, фенотипирование по антигенам резус и Келл (С,с,Е,е,Сw,К,к) и  
определение антиэритроцитарных антител (нужное подчеркнуть)

"..." \_\_\_\_\_ 20 . . г.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного больного N \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Группа крови и резус – принадлежность исследуемого \_\_\_\_\_

Фамилия врача, определявшего группу крови и резус – фактор \_\_\_\_\_

Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на  
переливание) \_\_\_\_\_

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ N \_\_\_\_\_

на подтверждение группы крови АВО, фенотипирование по антигенам резус и Келл (С,с,Е,е,Сw,К,к) и  
определение антиэритроцитарных антител.

"..." \_\_\_\_\_ 20 . . г.

Л Лаборатория \_\_\_\_\_

И Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Н \_\_\_\_\_

И Возраст \_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

О Палата \_\_\_\_\_

Т Медицинская карта стационарного больного N \_\_\_\_\_

р Группа крови, резус-принадлежность (фенотип) \_\_\_\_\_

Е Антиэритроцитарные антитела: не обнаружены \_\_\_\_\_

З обнаружены: полные, неполные (нужное подчеркнуть)

А Титр \_\_\_\_\_

"..." \_\_\_\_\_ 20 . . г.

Подпись врача-лаборанта \_\_\_\_\_

**обор. сторона**

Сколько в анамнезе беременностей \_\_\_\_\_

Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха,  
врожденный универсальный отек и др.) \_\_\_\_\_

подчеркнуть, вписать

Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети \_\_\_\_\_

вписать

Подпись врача, взявшего кровь на исследование \_\_\_\_\_

### Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови

Я \_\_\_\_\_ получил разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ ФИО врача  
(подпись врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента),

или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача),  
\_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента),

или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача),  
\_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

**Заявка на компоненты крови**

1.Наименование \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ медицинкой \_\_\_\_\_ организации, \_\_\_\_\_ отделение

2.Ф.И.О.больного, возраст \_\_\_\_\_

3.Группа крови, резус-принадлежность \_\_\_\_\_

4.Диагноз \_\_\_\_\_

5.Трансфузионный (акушерский)анамнез \_\_\_\_\_

6. Наименование и объем (в миллилитрах) заказываемых компонентов крови \_\_\_\_\_

7.Планируемые дата, время переливания \_\_\_\_\_

8.Ф.И.О.лечащего врача \_\_\_\_\_

и номер телефона по которому можно с ним связаться \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

**Примечание:**

- *Для исследования образца крови больного и индивидуального подбора эритроцитарной среды направлять не менее 5,0 мл крови в промаркированной пробирке (с пробкой) в закрытом контейнере.*
- *Каждую графу ЗАЯВКИ заполнять четко, полностью предоставляя необходимую информацию.*
- *Образцы крови, доставленные в не промаркированной пробирке, а также с неверно оформленным сопроводительным документом (ЗАЯВКОЙ), НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!*



форма № 7

## Журнал учета поступления и выдачи компонентов крови

Начат « \_\_\_ » 20 \_\_\_ г. Окончен « \_\_\_ » 20 \_\_\_ г.

Дата поступления	Номер накладной	Учреждение-изготовитель	Наименование компонента	Паспорт гемакона					ФИО и подпись		Неиспользование компонента					
				Дата заготовки компонента	Код донора	Идентификационный номер компонента	Гр. крови по системе ABO	Резус-фактор	Кол-во	Дата выдачи	Отделение, куда выдан компонент	Выдавшего	Получившего	Причина	Дата утилизации	№ Акта списания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

форма № 8

## Журнал регистрации условий процесса размораживания компонента крови

Начат « \_\_\_ » 20 \_\_\_ г. Окончен « \_\_\_ » 20 \_\_\_ г.

№ п/п	Наименование компонента	Дата размораживания	кол-во (мл)	Номер контейнера	Время размораживания	Температура теплоносителя, °С	Визуальная оценка качества размороженного компонента крови *	Подпись, фамилия, проводившего размораживание

\* - визуальная (макроскопическая) оценка заключается в выявлении значимых несоответствий размороженной плазмы таким понятиям качества как: прозрачность, отсутствие сгустков и различных патологических включений. При удовлетворительном качестве размороженной плазмы в табличной ячейке ставится пометка - "удовлетворительная", при неудовлетворительном качестве в табличной ячейке ставится пометка - "Брак" и указывается причина: хилез, сгусток, включения, разгерметизация контейнера.







### Протокол трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов

1. Ф.И.О. реципиента: \_\_\_\_\_ N медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_
2. Дата трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:  
"\_\_" "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
3. Время начала трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: \_\_\_\_\_
4. Время окончания трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: \_\_\_\_\_
5. Группа крови реципиента: \_\_\_\_\_
6. Резус-принадлежность: \_\_\_\_\_
7. Фенотип: \_\_\_\_\_
8. Определение резус-принадлежности реципиента проводилось:  
в лаборатории/экспресс-методом: \_\_\_\_\_
9. Исследование антител выявлены/не выявлены: \_\_\_\_\_
10. Медицинские показания к проведению трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Ht \_\_\_\_\_
11. Трансфузионный анамнез: трансфузии были/не были: \_\_\_\_\_
12. Трансфузии по индивидуальному подбору в прошлом: были/не были \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Реакции и (или) осложнения, возникшие у реципиента в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Акушерский анамнез (количество беременностей): \_\_\_\_\_
15. Особенности течения (самопроизвольные аборт, гемолитическая болезнь новорожденного и другое): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Макроскопическая оценка крови и (или) ее компонента: пригодна к переливанию/не пригодна к переливанию: \_\_\_\_\_
17. Данные с этикетки контейнера с кровью и (или) ее компонентом: \_\_\_\_\_
18. Наименование компонента крови: \_\_\_\_\_
19. Наименование организации, заготовившей донорскую кровь и (или) ее компоненты: \_\_\_\_\_
20. Дата заготовки донорской крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_
21. Срок годности донорской крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_
22. N контейнера донорской крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_
23. Объем донорской крови и (или) ее компонентов (мл): \_\_\_\_\_
24. Код донора крови и (или) ее компонентов (ФИО донора): \_\_\_\_\_
25. Группа крови донора крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_
26. Резус-принадлежность донора крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_

Место для этикетки

27. Перед трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов

проведены контрольные проверки показателей:

Группа крови реципиента \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность реципиента \_\_\_\_\_

Группа крови донора <\*> \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность донора <\*> \_\_\_\_\_

28. При определении показателей использовались реактивы \_\_\_\_\_

(наименование с указанием серии и срока годности)

29. Проведены пробы на индивидуальную совместимость <\*>:

указать метод, используемые реактивы (наименование, серию, срок годности),  
результат проведения каждой пробы

30. Биологическая проба: \_\_\_\_\_  
указать метод, результат проведения пробы

31. Способ трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

32. Осложнения во время трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее  
компонентов: \_\_\_\_\_

33. Наблюдение за состоянием реципиента:	Артериальное давление, мм рт. ст.	Частота пульса, уд./мин.	Температура, °С	Диурез, цвет мочи
Перед переливанием				
Через 1 час после переливания				
Через 2 часа после переливания				
<*> Через 3 часа после переливания				

34. Врач, проводивший трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее  
компонентов: \_\_\_\_\_

(ФИО)

(подпись)

<\*> Указывается при проведении трансфузии (переливания) эритроцитсодержащих  
сред.

<\*> Указывается при проведении трансфузии (переливания) донорской крови и  
(или) ее компонентов в амбулаторных условиях

**Протокол проверки организации трансфузионной терапии в  
клиническом отделении**

Дата: “        ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проведена проверка организации трансфузионной терапии в отделении

в присутствии членов

комиссии: \_\_\_\_\_

1. Проверка оснащения

Выявлены недостатки:

2. Проверка документации

Выявлены недостатки:

3. Проверка истории болезни:

Выявлены недостатки:

4. Проверка знаний и навыков:

Выявлены недостатки:

Подписи членов комиссии:

1)

2)

3)

**Протокол интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

№ медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_ Дата операции \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Название операции \_\_\_\_\_

Кровопотеря во время операции (мл) \_\_\_\_\_ Общая кровопотеря (мл) \_\_\_\_\_

Название аппарата для реинфузии \_\_\_\_\_

Объем израсходованного физ. раствора (мл) \_\_\_\_\_

Объем собранных эритроцитов (мл) \_\_\_\_\_

Трансфузия донорской плазмы (мл) \_\_\_\_\_

Показатели гомеостаза: до операции / 1 сутки / 3 сутки

НВ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ г/л Нt \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Эр. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Общий белок \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ г/л Общий билирубин \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ мкмоль/л

Креатинин \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ мкмоль/л

Состояние свертывающей системы (СІ) тромбоэластограммы (ТЭГ) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ у.е.

Подпись врача, проводившего реинфузию \_\_\_\_\_

## Карта аутодонора

Ф.И.О. пациента _____	№ медицинской карты стационарного больного _____
Отделение _____	Лечащий врач _____
Диагноз _____	
Планируемая операция _____	Дата операции _____
Прогнозируемая величина кровопотери _____ мл	% ОЦК _____
Вес пациента _____ кг., ОЦК (расчетная 70 мл/кг веса тела) _____ мл	

Клинические показатели	Противопоказания к аутодонорству
1. Общее состояние _____	- средней тяжести, тяжелое
2. Артериальное давление _____	- ниже 100/60 мм.рт.ст.
3. дефицит массы тела _____	- более 6 - 10 %
4. Геморрагический синдром _____	- есть
5. Температура тела _____	- выше 37°C
	- распространенный тромбоз, флеботромбоз, атеросклероз,
	- нарушение мозгового кровообращения (в анамнезе)
	- инфаркт миокарда (в анамнезе)
	- нарушение сознания
	- психические заболевания
	- сердечно-легочная, почечная, печеночная недостаточность в стадии неустойчивой компенсации и декомпенсации

Лабораторные показатели	Противопоказания к аутодонорству
1. Группа крови _____ Резус _____	
2. Hb г/л _____	- менее 110
3. H1 об/% _____	- менее 30
4. Общий белок г/л _____	- менее 65
5. Антитела к ВИЧ _____	- есть
6. Антитела к HCV _____	- есть
7. _____	- есть
HbsAg _____	
8. АлАТ ммль/час.л. _____	- более 0,67
9. Реакции на сифилис _____	- положительные

**Заключение лечащего врача:** больному показана интраоперационная / предоперационная заготовка аутокрови/аутоплазмы  
в дозе \_\_\_\_\_ мл  
Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**Заключение анестезиолога/клинического трансфузиолога:** больному показана / противопоказана интраоперационная заготовка аутокрови / аутоплазмы  
в дозе \_\_\_\_\_ мл  
Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**Запись анестезиолога/клинического трансфузиолога:** эксфузия \_\_\_\_\_ произведена в объеме \_\_\_\_\_ мл  
Заготовлено аутокрови \_\_\_\_\_ мл СЗП \_\_\_\_\_ мл эритроцитов \_\_\_\_\_ мл  
Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Я информирован о наличии у меня показаний к аутодонорству. Согласен

\_\_\_\_\_ подпись пациента





**Журнал температурного режима хранения концентрата тромбоцитов**

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата	Кол-во компонентов	Результат макроскопической оценки компонента	Подпись врача, ответственного за переливание крови	Показания термометра			
				Утро t°	Подпись м/с	Вечер t°	Подпись м/с
1	2	3	4	5	6	7	8

### Журнал регистрации транспортировки компонентов крови

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата	Наименование УСК*	Название гемоконпонента	Количество	Температура в термоконтейнере		Время убытия из УСК	Время прибытия в ТК МО	Время транспортировки	Подпись отв. лица
				при загрузке в УСК	по прибытии в ТК МО*				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\*УСК – учреждение службы крови

\*ТК МО – трансфузиологический кабинет медицинской организации

**Акт списания забракованных компонентов крови****УТВЕРЖДАЮ**

Главный врач (наименование МО)

\_\_\_\_\_ ФИО

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Акт № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**об уничтожении забракованного компонента крови**

Дата заготовки компонента крови	№ контейнера	группа крови, резус фактор	Наименование компонента крови	Кол-во (мл)	Причина списания

Забракованный продукт обеззаражен способом

\_\_\_\_\_ (указать способ  
обеззараживания)

Итого: контейнеров \_\_\_\_\_ шт \_\_\_\_\_ мл

Комиссия в составе:

- 1)
- 2)
- 3)