

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма  Код за ЄДРПОУ <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>		<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації  <b>№ 003-5/о</b>  ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ МОЗ України  <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> № <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>
--	--	---

**Протокол переливання крові та її компонентів**

Проведене переливання (чого) <input type="checkbox"/> первинне <input type="checkbox"/> повторне	Місце переливання						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">номер</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">від</td> <td style="width: 15%;">число</td> <td style="width: 15%;">місяць</td> <td style="width: 15%;">рік</td> </tr> </table>	номер		від	число	місяць	рік	
номер		від	число	місяць	рік		

**Прізвище, ім'я, по батькові хворого:**

Номер медичної карти стаціонарного хворого \_\_\_\_\_

**I. ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПКРИЗ**

ГЕМОТРАНСФУЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)		ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ			ПОКАЗАННЯ	МЕТА	МЕТОД
ПЕРЕЛИВАННЯ	рік	кількість вагітностей з них:		<b>шкіра</b>	<b>тони серця</b>	<b>загальний стан</b>	<input type="checkbox"/> шок <input type="checkbox"/> кровотеча <input type="checkbox"/> диспротеїнемія <input type="checkbox"/> ДВЗ* <input type="checkbox"/> інфекції <input type="checkbox"/> аплазія кісткового мозку <input type="checkbox"/> коагулопатія <input type="checkbox"/> цитопенічні хвороби <input type="checkbox"/> інше (вписати)	<input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична	<input type="checkbox"/> непрямий <input type="checkbox"/> прямий <input type="checkbox"/> обмінний <input type="checkbox"/> реінфузійний <input type="checkbox"/> аутогемотрансфузійний
<input type="checkbox"/> крові			<input type="checkbox"/> абортів	<input type="checkbox"/> звичайного кольору	<input type="checkbox"/> гучні	<input type="checkbox"/> задовільний			
<input type="checkbox"/> плазми				<input type="checkbox"/> бліда	<input type="checkbox"/> приглушені	<input type="checkbox"/> середньої тяжкості			
<input type="checkbox"/> компонентів крові, плазми			<input type="checkbox"/> гіперемована	<input type="checkbox"/> глухі	<input type="checkbox"/> тяжкий	<input type="checkbox"/> агональний			
<b>РЕАКЦІЇ:</b>		<input type="checkbox"/> пологів	<input type="checkbox"/> ціаноз	<input type="checkbox"/> ритмічні	<input type="checkbox"/> екстрасистолія				
<input type="checkbox"/> підвищення температури									<b>ВИД</b>

<input type="checkbox"/> остуда <input type="checkbox"/> кропивниця <input type="checkbox"/> анафілактичний шок	народження дітей з жовтяницею	рік	слизові	<input type="checkbox"/> блідо-рожеві <input type="checkbox"/> інші	АТ	мм рт. ст.	<input type="checkbox"/> крапельний <input type="checkbox"/> крапельно-струминний <input type="checkbox"/> струминний
<b>ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ:</b> <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> токсикоз <input type="checkbox"/> еклампсія		<input type="checkbox"/> мертвонародження <input type="checkbox"/> наявність викиднів	частота пульсу	температура тіла	°C	*ДВЗ – дисиміноване внутрішньовенне згортання.	
			ударів за 1 хв.				

Після проведеної макроскопічної оцінки крові та її компонентів (відсутність гемолізу, бактеріального зараження згустків тощо) у донора (прізвище, ім'я, по батькові)							ампула номер	заготовлена (де)	число	місяць	рік	визнана	ПРИДАТНОЮ
Після контрольної перевірки двома серіями стандартних сироваток												Перед переливанням виконані проби:	
О 1	А II	В III	АВ IV	кров хворого	має групу	резус - принадлежність	На сумісність	сумісна	несумісна				
				кров донора	має групу	резус - принадлежність	група крові резус-приналежність	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Під час переливання виконувалась проба на біологічну сумісність (струменем, тричі по 15 мл з інтервалом в 3-5 хвилин перелито 45 мл крові)					реакція була:		<input type="checkbox"/> неспокій <input type="checkbox"/> прискорення пульсу <input type="checkbox"/> зниження АТ		<input type="checkbox"/> важкість дихання <input type="checkbox"/> біль в попереці <input type="checkbox"/> почервоніле чи бліде обличчя				
<b>ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ</b>				<input type="checkbox"/> реакції не було									
<b>II. ПЕРЕЛИВАННЯ</b>													
ПОЧАТОК			В яку судину (внутрішньовенно)	в кількості	МЕТА		МЕТОД	ШЛЯХ		ВИД			
	годин	хвилин			<input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична	<input type="checkbox"/> непрямий <input type="checkbox"/> прямий <input type="checkbox"/> обмінний	<input type="checkbox"/> внутрішньовенний <input type="checkbox"/> внутрішньоартеріальний <input type="checkbox"/> внутрішньоаортальний <input type="checkbox"/> внутрішньокістковий	<input type="checkbox"/> крапельний <input type="checkbox"/> струминний <input type="checkbox"/> крапельно-струминний					
ЗАКІНЧЕННЯ					мл	<input type="checkbox"/> аутогемотрансфузійний	<input type="checkbox"/> реінфузійний						

ІІІ. ПІСЛЯТРАНСФУЗІЙНИЙ НАГЛЯД										ІІІІ. УСКЛАДНЕННЯ	
РЕАКЦІЇ:	під час переливання	після переливання	Показники	Час нагляду після переливання						1 – інфекційно-токсичний шок	4 – повітряна емболія
				1 година	2 години	3 години	4 години	5 годин	6 годин		
не було	○	○	Термометрія (°С) Пульс (уд. за 1 хв.)							3 – тромбоемболія	6 – групова несумісність
кропивниця	○	○	АТ (мм рт. ст.)							Прізвище, ім'я, по батькові лікаря (повністю) _____ (підпис)	
остуда	○	○	Кількість сечі (мл)							Прізвище, ім'я, по батькові медсестри (повністю) _____ (підпис)	
анафілактичний шок	○	○	Макроскопічна оцінка сечі Проба Бакстера							місце для наклеювання марки (етикетки)	
<b>ВІДРИВНИЙ ТАЛОН</b>											
<b>Прізвище, ім'я, по батькові хворого:</b>											
Після переливання передається для автоматизованого обліку			Медична карта стаціонарного хворого №	МАРКА (етикетка) №	Дата переливання			Код відділення	Код лікаря	Код ускладнення	
					число	місяць	рік				