|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Приложение № 11  к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология», утвержденному приказом МЗ РФ  от 28 октября 2020 г. № 1170н |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПРОТОКОЛ ТРАНСФУЗИИ** | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. реципиента | | | | Дата и время подачи заявки | | | | | Дата трансфузии | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | |  | |
| Отделение | | | | № и/б | | | | | Время начала трансфузии | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | Время окончания трансфузии | |
|  | | | |  | | | | |  | |
| **Данные медицинского обследования реципиента** | | | | | | | | | | |
| Группа крови реципиента АВ0: | | | | | | | | | Резус-принадлежность | |
|  | | | | | | | | |  | |
| Антигены С, с, Е, е, K | | | | | | | | | Аллоиммунные антитела | |
|  | | | | | | | | |  | |
| **Показания к трансфузии:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Анамнез реципиента** | | | | | | | | | | |
| Трансфузии компонентов крови  в анамнезе | | | Реакции и осложнения  на трансфузии в анамнезе | | | | | Трансфузии  по индивидуальному подбору | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| **Данные о донорской крови или её компоненте** | | | | | | | | | | |
| Наименование компонента донорской крови | | | | | | Наименование организации, осуществившей заготовку | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| Группа крови донора АВ0: | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | Антигены эритроцитов донора С, с, Е, е, K | | | | |
| № единицы компонента крови | Количество (мл) | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |
| Дата заготовки: | | | | | | Срок годности: | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| **Результаты индивидуального подбора** | | | | | | | | | | |
| Наименование медицинской организации, осуществившей индивидуальный подбор | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Дата исследования | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. ответственного лица | | | | | | Заключение (совместимо/несовместимо) | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| **Пробы на индивидуальную совместимость в отделении** | | | | | | | | | | |
| Наименование реагентов | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| № серии реагента | | | | | | | Срок годности | | | |
| **На плоскости** | | | | | | **Биологическая проба** | | | | |
| Совместимо/несовместимо | | | | | | Совместимо/несовместимо | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| **Реакции и осложнения** | | | | | | | | | | |
| Основные симптомы | | | | | | Степень тяжести | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| **Наблюдение за состоянием реципиента** | | | | | | | | | | |
| Трансфузии компонентов крови | | АД (мм рт. ст.) | | | Частота пульса (уд./мин.) | | | Температура (0С) | | Диурез, цвет мочи |
| Перед началом переливания | |  | | |  | | |  | |  |
| Через 1 час после переливания | |  | | |  | | |  | |  |
| Через 2 часа после переливания | |  | | |  | | |  | |  |
| **Врач, осуществивший трансфузию:** | | | | | | | | | | |