|  |
| --- |
| ***НАПРАВЛЕНИЕ*** ***в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови»*** ***для определения групповой и резус-принадлежности,*** ***индивидуальный подбор*** (нужное подчеркнуть) |
|  | Наименование ЛПУ |  | Отделение  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ф.И.О. врача, направившего образец крови |  |  |
|  |  |  |
|  | Контактный телефон  |  |  |
|  |  |  |
|  | Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  | Дата и год рождения |  | № медицинской карты |  |  |
|  |  |  |
|  | Диагноз:  |  |  |
|  |  |  |
|  | Трансфузионный анамнез (кол-во трансфузий и реакции на них) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Акушерский анамнез (кол-во беременностей, кол-во родов. ГБН детей, выкидыши,  |  |
|  | мертворождения, аборты |  |  |
|  |  |  |
|  | **Результаты иммуногематологического исследования крови, полученные в ЛПУ:** |  |
|  | Группа крови по АВ0 |  |  |
|  |  |  |
|  | Резус-принадлежность |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Фенотип антигенов эритроцитов |  |  |
|  |  |  |
|  | Наличие антиэритроцитарных аллоантител |  |  |
|  |  |  |
|  | Наименование компонентов крови, необходимых для трансфузии  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Дата  |  | Подпись врача |  |  |
|  |  |  |
|  | ***Примечание:* пробирка с образцом крови должна быть промаркирована**  |  |
|  | **(Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты).** |  |
|  |  |  |
|  | **Если Нb пациента ниже 70 г/л, для определения групповой и резус-принадлежности, проведения индивидуального подбора необходимо взять две пробирки:** |  |
|  |  |  |
|  | **1. пробирка с консервантом (3 мл);** |  |
|  |  |  |
|  | **2. пробирка без консерванта (10 мл).**  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ***НАПРАВЛЕНИЕ*** ***в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови»*** ***для определения групповой и резус-принадлежности,*** ***индивидуальный подбор*** (нужное подчеркнуть) |
|  | Наименование ЛПУ |  | Отделение |  |  |
|  |  |  |
|  | Ф.И.О. врача, направившего образец крови |  |  |
|  |  |  |
|  | Контактный телефон |  |  |
|  |  |  |
|  | Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  | Дата и год рождения |  | № медицинской карты |  |  |
|  |  |  |
|  | Диагноз:  |  |  |
|  |  |  |
|  | Трансфузионный анамнез (кол-во трансфузий и реакции на них) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Акушерский анамнез (кол-во беременностей, кол-во родов. ГБН детей, выкидыши, |  |
|  | мертворождения, аборты |  |  |
|  |  |  |
|  | **Результаты иммуногематологического исследования крови, полученные в ЛПУ:** |  |
|  | Группа крови по АВ0 |  |  |
|  |  |  |
|  | Резус-принадлежность |  |  |
|  |  |  |
|  | Фенотип антигенов эритроцитов |  |  |
|  |  |  |
|  | Наличие антиэритроцитарных аллоантител |  |  |
|  |  |  |
|  | Наименование компонентов крови, необходимых для трансфузии |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Дата |  | Подпись врача |  |  |
|  |  |  |
|  | ***Примечание:* пробирка с образцом крови должна быть промаркирована** |  |
|  | **(Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты).** |  |
|  |  |  |
|  | **Если Нb пациента ниже 70 г/л, для определения групповой и резус-принадлежности, проведения индивидуального подбора необходимо взять две пробирки:** |  |
|  |  |  |
|  | **1. пробирка с консервантом (3 мл);** |  |
|  |  |  |
|  | **2. пробирка без консерванта (10 мл).** |  |
|  |  |  |