

Министерство здравоохранения Ярославской области  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Ярославской области  
«Областная станция переливания крови»

П Р И К А З

от 01.11 2023г.

№ 126

г. Ярославль

Об утверждении документов

С целью стандартизации документов для заявления медицинскими организациями Ярославской области (далее – медицинские организации) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ярославской области «Областная станция переливания крови» (далее – Учреждение) потребности тромбоцитного концентрата и эритроцитсодержащих компонентов крови по индивидуальному подбору

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить следующие формы документов:

- для заявления потребности в получении тромбоцитного концентрата  
- требование в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови» на концентрат тромбоцитов согласно приложению 1 к приказу;

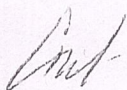
- для заявления потребности в получении эритроцитсодержащих компонентов крови по индивидуальному подбору – направление в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови» для определения групповой и резус-принадлежности, индивидуальный подбор согласно приложению 2 к приказу.

2. Руководителям структурных подразделений Учреждения в своей деятельности руководствоваться данным приказом.

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собою.

4. Приказ вступает в силу с момента подписания.

Главный врач



Ю.В. Стромова



Приложение 1 к приказу  
ГБУЗ ЯО «Областная станция  
переливания крови»

от 01.11.2013 № 126

**Требование в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови»  
на концентрат тромбоцитов**

\_\_\_\_\_ (название лечебного учреждения)

Ф.И.О. пациента *(полностью)*

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ Rh-фактор \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача, контактный рабочий телефон *(мобильный телефон  
дополнительно)*

Количество тромбоцитарной массы в терапевтических дозах  
*(при плановой трансфузии составить график по дням недели)*

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Требование заполняется лечащим врачом!**



Приложение 2 к приказу  
ГБУЗ ЯО «Областная станция  
переливания крови»

от 01.11.2013 № 126

**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 АВО \_\_\_\_\_

Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Фенотип эритроцитов антигенов \_\_\_\_\_

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 Нв 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).