СОП вводиться взамін:	**вперше**	**номер редакції**

Статус документа

Техніка переливання кріопреципітату замороженого

Дата введення: «___» _____20__р.

Діє до: « ___» _____ 20__р.

Затверджено:

Головний лікар «___» _____ 20___ р.

Посада	ПІБ	Підпис	Дата
Перевірено:			
Погоджено:			
Розроблено:			

1 Загальні положення та мета застосування

Ця стандартна операційна процедура встановлює вимоги до техніки переливання компоненту «Кріопреципітат заморожений», який отриманий з плазми свіжозамороженої, що пройшла карантинізацію. Кріопреципітат готується шляхом швидкого охолодження плазми до - 70 ° С. При цьому випадає осад (преципитат), що містить значну кількість лабільних факторів - cpV і Фуш, а також фактора Віллебранда, фібронектину і фібриногену. Компонент використовується для трансфузій в ЗОЗ.

Вимоги цього документу є обов’язковими для працівників закладу охорони здоров'я, діяльність якого направлена на лікування хворих та пацієнтів, що потребують медичної допомоги з використанням гемотрансфузійних середовищ.

1.1 Покази до трансфузії:

- хвороба Віллебранда;

- тромботична тромбоцитопенічна пурпура та атипова форма гемолітико-уремічного синдрому;

- гемофілії А;

- масивні гемотрансфузії (дефіциті лабільних факторів згортання);

- гіпофібриногенемія.

1.2 Основні характеристики кріопреципітату замороженого

Одна доза кріопреципітату замороженого вміщує у середньому

- фібриноген -не менше 140 мг/дозу
- вміст фактору VIII не менше70 МО у дозі.

1.3 Контроль умов зберігання та транспортування еритроцитовмісних компонентів.

Термін придатності компоненту «Кріопреципітат заморожений» складає 36 місяців з дня

заготівлі ПСЗ при умовах зберігання мінус 30°С та нижче.

Щоденно двічі на добу необхідно проводити моніторинг температурного режиму зберігання кріопреципітату замороженого з фіксацією в температурних листках або Журналі реєстрації температури в холодильнику (Додаток Є).

Транспортування кріопреципітату здійснюється в термоізолюючих контейнерах з акумуляторами холоду. При транспортуванні із замороженими компонентами потрібно поводитись надзвичайно обережно, оскільки при низьких температурах контейнери можуть стати крихкими та тріснути.

На початку та наприкінці транспортування необхідно контролювати та документувати в «Протоколі контролю умов транспортування трансфузійних середовищ» (Додаток Е) температуру кріопреципітату замороженого. Контроль температури здійснювати через 5 хв. з моменту розміщення кріопреципітату в ізотермічному контейнері, а також після завершення транспортування, щоб впевнитись, що компонент залишався в замороженому стані на протязі всього періоду транспортування..

Після транспортування до закладу охорони здоров'я необхідно перевірити контейнери з кріопреципітатом на герметичність та наявність на них відповідно оформлених етикеток (Додаток А).

Якщо кріопреципітат заморожений не призначається для термінового переливання – його необхідно відразу помістити на зберігання до морозильної камери при температурі мінус 30^0С та нижче .

Увага!!! Розморожений кріопреципітат не підлягає повторному заморожуванню!

2 Термінологія та скорочення

Плазма свіжозаморожена – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування або методами аферезу плазми.

Карантинізація донорської плазми - плазма отримана від донорів методами первинного фракціонування або аферезу підлягає карантину на 180 діб з моменту заготівлі, без права видачі, зберігається при визначених температурних та часових параметрах, які

гарантують збереження функціональної повноцінності факторів системи гемостазу.

КЗ — Кріопреципітат заморожений

ПСЗ — Плазма свіжозаморожена

3 Етапи виконання

3.1 Підготовка до процедури переливання.

Лікарю необхідно:

- перевірити на порушення цілісності контейнера для виключення можливості пошкодження та витікання;
- безпосередньо перед використанням кріопреципітат розморозити протягом 6-8 хвилин на водяній бані при t від 35^0C до 37^0C, обережно перемішуючи вміст контейнерів похитуючими рухами до повного розчинення осаду кріоглобулінів в плазмі. Під час розморожування та розчинення компоненту не допускати різких поривчастих рухів, так як це приводить до інактивації антигемофільного глобуліну. При температурі води нижче 30^0C розчинність осаду кріоглобулінів різко знижується, а при температурі вище 37^0C антигемофільний глобулін інактивується. Отриманий жовтуватий розчин повинен бути прозорим, злегка опалесцентним, не вміщувати механічних домішок, пластівців;
- провести макроскопічну оцінку, перевірку на герметичність, правильність паспортизації, термін придатності (вказані на етикетці контейнера).

КЗ застосовують з урахуванням груп крові за системою АВО, він повинен бути однієї групи з кров'ю хворого за системою антигенів АВО. Тільки в екстрених випадках при наявності життєвих показань допускається застосування кріопреципітату групи АВ (IV) – хворим всіх груп;

- перевірити герметичність упаковки системи для переливання та термін її придатності;

3.2 Проведення процедури переливання.

Після прийняття рішення про можливість проведення процедури переливання

Лікарю необхідно:

- відкрити упаковку, дістати систему і закрити затискач на трубці системи;
- відокремити пелюсток захисної оболонки штуцера контейнера і відкрити штуцер;
- зняти ковпачок з полімерної голки системи і ввести голку в контейнер, проколовши при цьому мембрану штуцера;
- підвісити контейнер за петлю у його основи на штатив для трансфузій;
- заповнити крапельницю до повного занурення фільтру в трансфузійне середовище, періодично надавлюючи на її корпус;
- відкрити затискач і переконатись у відсутності повітря в трубці системи;
- початкова доза в/в струминно повільно за допомогою систем для гемотрансфузій типу ПК-22-02 з діаметром пор фільтру – не більше 170-200 мкм;

3.3 Після проведення процедури переливання.

Лікарю необхідно:

- гемоконтейнер із залишками еритроцитовмісних середовищ, пробірку з кровю реципієнта передати медичній сестрі для подальшого зберігання в спеціально відведеному холодильнику 7 діб;
- заповнити первинну облікову документацію: Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин (ф. № 009/о)**,** затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110 (Додаток В); Протокол переливання крові та її компонентів (ф. № 003-5/о), затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 (Додаток Г); Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин (ф. № 005/о) затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110 (Додаток Д), Анкету оцінювання проведених гемотрансфузій (Додаток Ж).

4 Матеріали та обладнання

- полімерний контейнер з кріопреципітатом замороженим;

- стерильні системи для гемотрансфузій типу ПК 22-02 з фільтром, діаметром пор – не більше 170-200 мкм;
- водяна баня;
- термометр;
- годинник;

5 Відповідальність та контроль персоналу

Лікар відповідає за правильне проведення передтрансфузійних тестів перед гемотрансфузією, визначення об'єму необхідного гемосередовища, безпосередньо проведення гемо трансфузії, правильність заповнення медичної документації з питань гемотрансфузії.

Заступник головного лікаря з медичної частини відповідає за контроль виконання вимог даної процедури.

6 Форми первинної облікової документації

Додаток А Протокол макрооцінки гемотрансфузійного середовища

Додаток Б Інформована добровільна згода на проведення гемотрансфузії (згідно Закону України «Основи Законодавства про охорону здоров'я», ст.43. Згода на медичне втручання)

Додаток В Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин (ф. № 009/о)**,** затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110

Додаток Г Протокол переливання крові та її компонентів (ф. № 003-5/о), затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435

Додаток Д Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин (ф. № 005/о) затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110

Додаток Е Протокол контролю умов транспортування трансфузійних

середовищ

Додаток Є Журнал реєстрації температури в холодильнику

Додаток Ж Анкета оцінювання проведених гемотрансфузій

7 Нормативно-довідкова документація

Наказ МОЗ України від 01.08.2005р. № 385 "Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів».

Наказ МОЗ України від 05.07.1999р. №164 Інструкція «Переливання компонентів та препаратів крові», Інструкція «Визначення груп крові за системами АВО , резус та імунних антитіл».

Наказ МОЗ України від 17.12.2013р. № 1093 «Про затвердження Інструкції з виготовлення, використання та забезпечення якості компонентів крові».

Наказ МОЗ України від 09.03.2010 №211 "Порядок контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів".

Наказ МОЗ України від 29.05.2013 №435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності».

Наказ МОЗ України від 14.02.2012 №110 «Про затвердження форм первинної облікової документації»

Додаток А

Протокол макрооцінки гемотрансфузійного середовища

Номер контейнера _____
Термін придатності_____
Відповідність маркування_____
Цілісність контейнера_____
Цілісність етикетки_____
Однорідність середовища_____
Відповідність кольору_____
Ознаки гемолізу_____

Відповідальний лікар _____ , дата _____

Додаток Б

Інформована добровільна згода на проведення гемотрансфузії
(згідно Закону України «Основи Законодавства про охорону здоров'я»,
ст.43. Згода на медичне втручання)

Я (П.І.П) _____
перебуваючи на лікуванні в_____ , отримав(ла) докладну інформацію про операцію переливання компонентів крові та препаратів крові (гемотрансфузію). Мені пояснена необхідність проведення гемотрансфузії, внаслідок якої можлива передача гемотрансфузійних інфекцій та виникнення післятрансфузійних ускладнень. Я мав(ла) можливість отримати вичерпні відповіді на всі запитання і даю добровільну згоду на проведення необхідних лікувальних заходів.

Даю згоду на проведення гемотрансфузії (підпис) _____
«___» _____ 20 __ р.

Я отримав(ла) інформацію про альтернативні методи лікування.

Бесіду провів лікар (П.І.П) _____ (підпис) _____
«___» _____ 20 __ р.

Я проінформований(на) про можливе погіршення перебігу хвороби у випадку відмови від гемотрансфузії.

Я відмовляюсь від проведення переливання компонентів крові, усвідомлюючи негативні наслідки відмови.
(підпис) _____ «___» _____ 20 __ р

Додаток В

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

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 | | | | | | | | |		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 009/о** *ЗАТВЕРДЖЕНО* Наказ МОЗ України | | | | | | | | № | | | |

ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ
переливання трансфузійних рідин

Почато "____"_____20_____року Закінчено "____"_____20_____року

Продовження Додатка В форми № 009/о

Реєстрація переливання трансфузійних рідин

Номер з/п	Дата переливання	Переливання первинне чи повторне	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Вік (дітей до 1 року – число місяців, днів)	Номер медичної карти стаціонарного хворого	Група крові і резус-приналежність хворого	Результат		Показання до переливання
							біологічної проби	індивідуальної проби	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продовження Додатка В форми № 009/о

Реєстрація переливання трансфузійних рідин

Трансфузійна рідина				Доза перелитої трансфузійної рідини (мл)	Паспорт флакона		Спосіб переливання трансфузійної рідини	Трансфузійні реакції (слабка, середня, сильна)	Ускладнення після переливання	Прізвище та підпис лікаря
кров (групова і резус-приналеж-ність)	компоненти крові (групова і резус-приналежність)	препарати крові	кровозамінювачі (геодинамічні, дезінтоксикаційні, препарати для парентерального білкового живлення)		номер етикетки (серія препарату, завод-виробник)	дата заготівлі (випуску препарату)				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Додаток Г

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		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 003-5/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №

Протокол переливання крові та її компонентів

Проведене переливання (чого) О первинне О повторне	номер		від	число	місяць	рік	Місце переливання
Прізвище, ім'я, по батькові хворого:							Номер медичної карти стаціонарного хворого_____

І. ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПІКРИЗ

ГЕМОТРАНСФУЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ	АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)	ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ			ПОКАЗАННЯ	МЕТА	МЕТОД
ПЕРЕЛИВАННЯ рік О крові О плазми О компонентів крові, плазми РЕАКЦІЇ: О підвищення температури О остуда О кропивниця О анафілактичний шок ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ: О нормальний О токсикоз О еклампсія	кількість вагітностей з них: абортів пологів рік народження дітей з жовтяницею О мертвонародження О наявність викиднів	**шкіра** О звичайного кольору О бліда О гіперемована О ціаноз **тони серця** О гучні О приглушені О глухі О ритмічні О екстрасистолія **загальний стан** О задовільний О середньої тяжкості О тяжкий О агональний **слизові** О рожеві О блідо-рожеві О інші **АТ** мм рт. ст. **частота пульсу** ударів за 1 хв. **температура тіла** °С		О шок О кровотеча О диспротеїнемія О ДВЗ* О інфекції О аплазія кісткового мозку О коагулопатія О цитопенічні хвороби О інше (вписати)	О замісна О гемодинамічна О гемостатична	О непрямий О прямий О обмінний О реінфузійний О аутогемо-трансфузійний **ВИД** О крапельний О крапельно-струминний О струминний

*ДВЗ – дисимінованe внутрішньовенне згортання.

Продовження форми № 003-5/о

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 / НЕ ПРИДАТНОЮ	
Після контрольної перевірки двома серіями стандартних сироваток														Перед переливанням виконані проби:			
О I		А II		В III		АВ IV		кров хворого		має групу		резус-приналежність		На сумісність		сумісна	несумісна
								кров донора		має групу		резус-приналежність		група крові		О	О
														резус-приналежність		О	О
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:	О неспокій				О важкість дихання			
										О прискорення пульсу				О біль в попереці			
ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ					О реакції не було					О зниження АТ				О почервоніле чи бліде обличчя			

II. ПЕРЕЛИВАННЯ

ПОЧАТОК			В яку судину (внутрішньовенно)		МЕТА	МЕТОД	ШЛЯХ	ВИД
	годин	хвилин		в кількості	О замісна О гемодинамічна О гемостатична	О непрямий О прямий О обмінний	О внутрішньовенний О внутрішньоартеріальний О внутрішньоаортальний	О крапельний О струминний О крапельно-струминний
ЗАКІНЧЕННЯ				мл	О аутогемотрансфузійний	О реінфузійний	О внутрішньокістковий	

III. ПІСЛЯТРАНСФУЗІЙНИЙ НАГЛЯД

РЕАКЦІЇ:	під час переливання	після переливання	Показники	Час нагляду після переливання: 1 година	2 години	3 години	4 години	5 годин	6 годин
			Термометрія (°С)						
не було	О	О	Пульс (уд. за 1 хв.)						
кропивниця	О	О	АТ (мм рт. ст.)						
остуда	О	О	Кількість сечі (мл)						
анафілактичний шок	О	О	Макроскопічна оцінка сечі						
			Проба Бакстера						

IV. УСКЛАДНЕННЯ

1 – інфекційно-токсичний шок	4 – повітряна емболія
2 – синдром масивної гемотрансфузії	5 – гостра серцево-судинна недостатність
3 – тромбоемболія	6 – групова несумісність

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря (повністю)_____ _____ (підпис)

Прізвище, ім'я, по батькові медсестри (повністю)_____ _____ (підпис)

місце для наклеювання марки (етикетки)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН	Прізвище, ім'я, по батькові хворого:							
	Медична карта стаціонарного хворого №	МАРКА (етикетка) №	Дата переливання			Код відділення	Код лікаря	Код ускладнення
Після переливання передається для автоматизованого обліку			число	місяць	рік			

Додаток Д

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

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 | | | | | | | | |		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 005/о** *ЗАТВЕРДЖЕНО* Наказ МОЗ України | | | | | | | | № | | | |

ЛИСТОК
реєстрації переливання трансфузійних рідин

Прізвище та ініціали хворого _____
Група крові хворого _____
Резус-приналежність _____

(Кожне переливання крові проводиться тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних

ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічної проби)

Номер з/п	Дата	Показання до переливання трансфузійної рідини	Спосіб переливання	Кількість, мл	Паспорт трансфузійної рідини						Проби			Реакції, ускладнення (які саме)	Прізвище та підпис лікаря (розбірливо)
					трансфузійна рідина	група крові та її компонентів	резус-приналежність	номер етикетки, серія препарату, заклад, завод-виробник	дата заготівлі	прізвище донора	індивідуальної сумісності		біологічна		
											група	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Продовження Додатка Д форми № 005/о

Номер з/п	Дата	Показання до переливання трансфузійної рідини	Спосіб переливання	Кількість, мл	Паспорт трансфузійної рідини						Проби			Реакції, ускладнення (які саме)	Прізвище і підпис лікаря (розбірливо)
					трансфузійна рідина	група крові та її компонентів	резус-приналежність	номер етикетки, серія препарату, заклад, завод-виробник	дата заготівлі	прізвище донора	індивідуальної сумісності		біологічна		
											група	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Додаток Е

Міністерство охорони здоров'я України
Комунальний заклад охорони здоров'я
Харківський обласний центр служби крові
61051, м. Харків, вул. Клочківська 366, тел. 337-85-01,факс.:337-83-38

ПРОТОКОЛ КОНТРОЛЮ УМОВ ТРАНСПОРТУВАННЯ ТРАНСФУЗІЙНИХ СЕРЕДОВИЩ
Компоненти крові _____
Препарати крові _____

Відомості про установу-виробника трансфузійних середовищ		**Відомості про установу-споживача трансфузійних середовищ**	
1.Назва та адреса виробника	КЗОЗ Харківський обласний центр служби крові	1.Назва та адреса споживача;	
2. Назва, номер(и) компонента(ів) та/або препарату(ів) крові;	Сертифікат №_____ від «_____»_____2018р. Сертифікат №_____ від «_____»_____2018р. Сертифікат №_____ від «_____»_____2018р. Сертифікат №_____ від «_____»_____2018р		
3.День та час видачі компонента(ів) та/або препарату(ів) крові		2. День та час доставки компонента(ів) та/або препарату крові;	
4.Температура, зафіксована через 5 хв від моменту розміщення компонента(ів) та/або препарату(ів) крові у транспортувальний контейнер;(необхідне підкреслити)		3. Температура, зафіксована в момент отримання компонента(ів) та/або препарату(ів) крові	
5. Опис транспортувальної холодильної установки із зазначенням кількості та різновиду додаткового охолоджувального матеріалу			

Подовження додатку Е

6.Дата, підпис, печатка особи, яка видає компонент(и) та/або препарат(и) крові;		4. Дата, підпис, печатка особи, яка приймає компонент(и) крові	
7. П.І.П., водія різновид транспортного засобу;			

Протокол контролю транспортування має бути складений у 2-х примірниках. Його оригінал залишає в себе лікарняний банк крові, а копію має бути повернено в ЗСК.

Зав. відділом експедиції ПІБ

Додаток Є

ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ ТЕМПЕРАТУРИ В ХОЛОДИЛЬНИКУ В _____ **році**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
СІЧЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ЛЮТИЙ	ранок																															
	вечір																															
БЕРЕЗЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
КВІТЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ТРАВЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ЧЕРВЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ЛИПЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
СЕРПЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ВЕРЕСЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ЖОВТЕНЬ	ранок																															
	вечір																															
ЛИСТОПАД	ранок																															
	вечір																															
ГРУДЕНЬ	ранок																															
	вечір																															

Додаток Ж

Анкета оцінювання проведених гемотрансфузій

ХОЦСК, Клочківська, 366. Тел. +380 (57) 337-85-01 +380 (57) 336-03-99

Історія хвороби №_____Дата трансфузії: _____
Час початку трансфузії_____ Назва компонента_____
Мета трансфузії: _____

Клініко-лабораторні показники перед та після трансфузії

№	Показники	Данні після забезпеч. гемостазу	Данні до трансф. комп/ преп. крові	Після трансфузії		
				ч/з 1 год	ч/з 6 год	ч/з 24 год
1.	Об'єм крововтрати, мл					
2.	Дефіцит ОЦК, мл					
3.	А/Т, мм.рт.ст.					
4.	Hb венозної крові, г/л					
5.	Ht венозної крові, %					
6.	Свідомість (не порушено, порушено, ШВЛ, мед. сон)					
7.	Діурез, мл/год					
8.	ЧСС, уд/хв.					
9.	ЧД, дих/хв.					
10.	Температура тіла					
11.	Загальний білок крові, г/л					
12.	Ступінь тяжкості інтоксикації					
13.	Кількістьтромбоцитів, тис.					
14.	Наявність петехій					
15.	Час згортання крові по Лі-Уайту,хв.					
16.	Протромбіновий час, сек					
17.	АЧТВ, сек					
18.	МНО, усл.од, %					
19.	Фібриноген плазми, г/л					
20.	Активність VIII фактора крові					
21.	Дані ТЕГ					

Продовження Додатка Ж

Післятрансфузійні ускладнення	**Трансф. середа**	**№ конт/фл.**	**Час, дата усклад.**
I. Безпосередньо імунні:			
Гострий гемоліз викликаний груповою несумісністю			
Гіпертермічна негемолітична реакція			
Анафілактичний шок			
Кропивниця			
Некардіогенний набряк легень			
Безпосередньо неімунні:			
Гострий гемоліз (зовнішні фактори)			
Бактеріальний шок			
Гостра серцево-судинна недостатність, кардіогенний набряк легень			
II. Віддалені імунні:			
Гемоліз викликаний зовнішніми факторами			
Реакція «трансплантант проти господаря»			
Посттрансфузійна пурпура			
Аллоімунізація антигенами клітин крові та білками плазми			
Віддалені неімунні:			
Гемосидероз			
Гепатит			
Цитомегаловірусна інфекція			
СПІД			
Паразитарні інфекції			
Ускладнення масивної гемотрансфузії:	**Час, дата**		
Гіперглікемія			
Гіпотермія			
Гіперкаліємія			
Ацидоз			
Порушення гемостазу			
Цитратна інтоксикація			

Добовий об'єм та доза перелитих трансфузійних середовищ:
ПСЗ: _____ ПСЗ лейкофільтрована: _____
Эритроцитовмісні компоненти (вид компонента) _____
Альбумін,%,мл:_____Кріопреципітат,доз: _____
Тромбоцити (вид компонента), доз: _____
Інше (вказати): _____

Підпис лікаря:_____ПІБ_____