

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 1 з 24 |

| | | |
|------------------------------|---------------|-----------------------|
| СОП вводиться взамін: | вперше | номер редакції |
|------------------------------|---------------|-----------------------|

Статус документа

Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ

Дата введення: «__» _____ 20__ р.

Діє до: «__» _____ 20__ р.

Затверджено:

Головний лікар

«__» _____ 20__ р.

| Посада | ПІБ | Підпис | Дата |
|--------------------|-----|--------|------|
| Перевірено: | | | |
| | | | |
| Погоджено: | | | |
| | | | |
| Розроблено: | | | |
| | | | |

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 2 з 24 |

1 Загальні положення та мета застосування

Ця стандартна операційна процедура встановлює вимоги до техніки переливання еритроцитовмісних середовищ, які отримані з консервованої донорської крові методом первинного фракціонування або відмивання (відмиті еритроцити). Компоненти використовуються 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:

- травматичний та операційний шок, ускладнений крововтратою;
- анемічна гіпоксія при нормо-гіповолемічних станах;
- постгеморрагічні анемії;
- в період підготовки хворих з критично низькими показниками гемограми до великих хірургічних втручань;
- посттермічні (при опікової хворобі) анемії.

1.2 Основні характеристики еритроцитовмісних компонентів

Одна доза еритроцитовмісного компоненту крові вміщує усі еритроцити початкової кількості дози цільної крові. Об'єм однієї дози складає (280±50) мл, вміст гемоглобіну не менше 45 г/дозу, гемоліз – менше 0,8% маси еритроцитів наприкінці терміну зберігання.

Для фільтрованих еритроцитовмісних компонентів вміст лейкоцитів – не більше 1×10^6 в дозі.

Об'єм однієї дози еритроцитів відмитих складає (200±50) мл, вміст гемоглобіну не менше 40 г/дозу, гемоліз – менше 0,8% маси еритроцитів наприкінці терміну зберігання, лейкоцитів менше $1,0 \times 10^6$ в дозі, білку 0,5% г/дозу.

Гематокрит еритроцитовмісних компонентів крові (Ht) становить 0,65–0,75 л/л. 1.3.5

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 3 з 24 |

Трансфузії з полімерних контейнерів здійснюють за допомогою систем одноразового застосування ПК 22-21 або ПК 22-02. відмінною здатністю цих систем являється наявність полімерної голки, яка упереджує пошкодження контейнера і гарантує герметичність.

При переливанні хворим еритроцитовмісних компонентів бажано використовувати стерильні системи для гемотрансфузій типу ПК 23-01 «Інтероко» з мікрофільтром одноразового застосування, при переливанні 1 л. ГС коефіцієнт фільтрації складає 95%.

1.3 Контроль умов зберігання та транспортування еритроцитовмісних компонентів.

Еритроцитовмісні компоненти необхідно зберігати в холодильниках у вертикальному положенні при $t^{\circ} 2^{\circ}\text{C}-6^{\circ}\text{C}$. Термін придатності компонентів залежить від розчину на якому вони заготовлені:

- на розчині «Глюгіцир» становить 21 добу;
- на розчині «CPD» - 21 добу;
- на розчині «CPDA - 1» - 35 діб;
- виготовлених із використанням додаткових розчинів (SAGM) - 42 доби.

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

Транспортування еритроцитовмісних середовищ здійснюється в термоізолюючих контейнерах з акумуляторами холоду. Система транспортування має забезпечити температуру не вище $+10^{\circ}\text{C}$ в кінці максимального терміну транспортування.

Для транспортування транспортним засобом без холодильника потрібна охолоджена і тепло ізольована ємність.

На початку та наприкінці транспортування необхідно контролювати та документувати в «Протоколі контролю умов транспортування трансфузійних середовищ» (Додаток Е) температуру еритроцитовмісних ГС. Контроль температури здійснювати через 5 хв. з моменту розміщення компонентів в ізотермічному контейнері, а також після завершення транспортування.

Після транспортування до закладу охорони здоров'я необхідно переконатись у

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 4 з 24 |

відсутності пошкоджень контейнера і здійснити макроскопічну оцінку трансфузійного середовища (Додаток А).

2 Термінологія та скорочення

Еритроцити – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням більшої частини плазми, без подальшої обробки.

Еритроцити у додатковому розчині (завись еритроцитів) – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням плазми та подальшим ресуспендуванням еритроцитів в додатковому консервуючому розчині.

Еритроцити з видаленням ТЛШ – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням більшої частини плазми та лейкоцитного шару.

Еритроцити з видаленням ТЛШ у додатковому розчині – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням більшої частини плазми та лейкоцитного шару та подальшим ресуспендуванням еритроцитів в додатковому консервуючому розчині.

Еритроцити, збіднені на лейкоцити – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням більшої частини лейкоцитів шляхом фільтрації еритроцитів через лейкоцитарні фільтри.

Еритроцити, збіднені на лейкоцити у додатковому розчині – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові методами первинного фракціонування з видаленням більшої частини лейкоцитів шляхом фільтрації еритроцитів через лейкоцитарні фільтри та подальшим ресуспендуванням еритроцитів в додатковому консервуючому розчині.

Відмиті еритроцити – компонент донорської крові, отриманий з консервованої крові видаленням більшої частини плазми, електролітів, лейкоцитів та тромбоцитів шляхом

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 5 з 24 |

відмивання еритроцитів в стерильному апірогенному 0,9 % розчині NaCl та центрифугування в рефрижераторних центрифугах.

3 Етапи виконання

3.1 Підготовка до процедури переливання.

Лікарю необхідно:

- дістати пластикатний контейнер з компонентом крові з холодильника та витримати при кімнатній температурі протягом 30 - 40 хв., а в екстрених випадках підігріти до температури $37 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ у водяній бані (під контролем термометра);
- звірити дані маркування на контейнері з еритроцитовмісним середовищем та зафіксувати в історії хвороби групову та резус-належність;
- перевірити дату заготівлі і впевнитися в придатності компоненту крові за терміном зберігання;
- провести візуальний контроль контейнера на герметичність, правильність паспортизації, наявність згустків, гемолізу, ознак бактеріального забруднення та зробити відмітку (Додаток А);
- перерізати донорську трубку безпосередньо над останнім вузлом і видавити кров з неї для виконання імуногематологічних досліджень;
- визначити групу крові хворого за системою АВО і звірити з даними історії хвороби та з зазначенням групи крові на контейнері;
- визначити групову належність еритроцитів донора і порівняти результат з даними на етикетці контейнера;
- провести пробу на сумісність за групою крові (АВО);
- провести пробу на сумісність за Резус – фактором;
- провести пробу на сумісність між зразками трансфузійних середовищ у випадку гемотрансфузій від двох і більше донорів.

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 6 з 24 |

3.2 Проведення процедури переливання.

Після прийняття рішення про можливість проведення процедури переливання та для зменшення густини еритроцитів хворим з реологічними і мікроциркуляторними порушеннями в кожен дозу еритроцитовмісних компонентів необхідно додати 50-100 мл стерильного 0,9% розчину NaCl.

Лікарю необхідно:

- перевірити етикетку на флаконі з 0,9% розчином натрію хлориду за терміном придатності та провести його макрооцінку. Розчин повинен бути прозорим, без осаду;
- під'єднати до флакону систему разового використання, з дотриманням правил асептики та антисептики, наприклад, «Пристрій для взяття крові ВК»;
- підвісити флакон на штатив, заповнити систему 0,9% розчином натрію хлориду та затиснути затискачем Кохера;
- накласти пластиковий затискач на довгу трубку між контейнером (ЕМ) та вузлом;
- обробити відрізок трубки контейнера з ЕМ між пластиковим затискачем та вузлом 70% етиловим спиртом;
- приєднати до неї через систему разового використання флакон з 0,9% розчином натрію хлориду та ввести його в об'ємі 50-100 мл;
- затиснути трубки затискачами, від'єднати систему з 0,9% розчином натрію хлориду;
- зв'язати вузол на трубці контейнера з Еритроцитами ближче до контейнера;
- перевірити герметичність упаковки системи для переливання та термін її придатності;
- 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;

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 7 з 24 |

- підвісити контейнер за петлю у його основи на столику для трансфузій та заповнити крапельницю до повного занурення фільтру в трансфузійне середовище, періодично надавлюючи на її корпус.;
- відкрити затискач і переконались у відсутності повітря в трубці системи;
- визначити групову належність крові донора з пластикової трубки контейнера з еритроцитовмісним компонентом (відрізавши пластикову трубку до другого вузла в контейнері) та звірити з записом на ємкості.
- провести переливання крапельним шляхом 20-60 крапель за 1 хв.

3.3 Після проведення процедури переливання.

Лікарю необхідно:

- гемоконтейнер із залишками еритроцитовмісних середовищ, пробірку з крові 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

- контейнер з ГС;
- стерильні системи для гемотрансфузій типу ПК 23-01;
- водяна баня;
- термометр;

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 8 з 24 |

- пісочні годинники на 5 та 10 хвилин;
- затискач Кохера;
- стерильний 0,9% розчин NaCl;
- штатив;
- стерильні ватні кульки;
- 70% розчин етилового спирту.

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

| | | |
|--|--|--------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 9 з 24 |

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»

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 10 з 24 |

Додаток А

Протокол макроцінки гемотрансфузійного середовища

Номер контейнера _____

Термін придатності _____

Відповідність маркування _____

Цілісність контейнера _____

Цілісність етикетки _____

Однорідність середовища _____

Відповідність кольору _____

Ознаки гемолізу _____

Відповідальний лікар _____, дата _____

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 11 з 24 |

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

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 12 з 24 |

Додаток В

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p> | | | | | | | | | | | | <p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 009/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ переливання трансфузійних рідин</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почато “___” _____ 20__ року | | Закінчено “___” _____ 20__ року | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ

Версія 01

СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА

Стор. 15 з 24

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 | | | | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003-5/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____ | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма | | Код за ЄДРПОУ _____ | | | |
| Протокол переливання крові та її компонентів | | | | | |
| Проведене переливання (чого) <input type="checkbox"/> первинне <input type="checkbox"/> повторне | | | | Місце переливання | |
| | | | | номер | рік |
| Прізвище, ім'я, по батькові хворого: | | | | Номер медичної карти стаціонарного хворого | |
| I. ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПКРИЗ | | | | | |
| ГЕМОТРАНСФУЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ | | АКУШЕРСЬКІЙ АНАМНЕЗ (жінки) | | ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ | |
| ПЕРЕЛИВАННЯ <input type="checkbox"/> крові <input type="checkbox"/> плазми <input type="checkbox"/> компонентів крові, плазми РЕАКЦІЇ: <input type="checkbox"/> підвищення температури <input type="checkbox"/> остуда <input type="checkbox"/> кропивниця <input type="checkbox"/> анафілактичний шок | | кількість вагітностей з них: <input type="checkbox"/> абортів <input type="checkbox"/> пологів народження дітей з жовтяницею <input type="checkbox"/> мертвонародження <input type="checkbox"/> наявність викиднів | | шкіра <input type="checkbox"/> звичайного кольору <input type="checkbox"/> бліда <input type="checkbox"/> гіперемована <input type="checkbox"/> шаноз слізиви <input type="checkbox"/> рожеві частота пульсу _____ ударів за 1 хв. | |
| рік | | рік | | тоні серця <input type="checkbox"/> гучні <input type="checkbox"/> приглушені <input type="checkbox"/> глухі <input type="checkbox"/> ритмічні <input type="checkbox"/> екстрасистоля | |
| РЕАКЦІЇ: <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> токсикоз <input type="checkbox"/> еклампсія | | РЕАКЦІЇ: <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> токсикоз <input type="checkbox"/> еклампсія | | загальний стан <input type="checkbox"/> задовільний <input type="checkbox"/> середньої тяжкості <input type="checkbox"/> тяжкий <input type="checkbox"/> агональний АТ _____ мм рт. ст. температура тіла _____ °С | |
| ПОКАЗАННЯ <input type="checkbox"/> шок <input type="checkbox"/> кровотеча <input type="checkbox"/> диспротейемія <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) | | МЕТА <input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична | | МЕТОД <input type="checkbox"/> непрямий <input type="checkbox"/> прямий <input type="checkbox"/> обмінний <input type="checkbox"/> реінфузійний <input type="checkbox"/> аутогемотрансфузійний ВИД <input type="checkbox"/> крапельний <input type="checkbox"/> крапельно-струмінний <input type="checkbox"/> струмінний | |
| *ДВЗ – дисиміноване внутрішньовенне згортання | | | | | |

Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ

Версія 01

СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА

Стор. 16 з 24

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 |
| Після контрольної перевірки двома серіями стандартних сироваток | | | | | | | | | | Перед переливанням виконані проби: | | | | | | |
| О 1 | А II | В III | АВ IV | кров хворого | має групу _____ | резус-приналежність _____ | На сумісність _____ | су-мс-на _____ | несу-мс-на _____ | має групу _____ | резус-приналежність _____ | група крові _____ | О _____ | О _____ | | |
| | | | | кров донора | має групу _____ | резус-приналежність _____ | група крові _____ | 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 | | |
| ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ | | | | | | | | | | О реакції не було | | О прискорення пульсу | | О біль в попереці | | |
| | | | | | | | | | | О зниження АТ | | О почервоніле чи білде обличчя | | | | |
| II. ПЕРЕЛИВАННЯ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ПОЧАТОК | | | | В яку судину (внутрішньовенно) | | МЕТА | | МЕТОД | | ШЛЯХ | | ВИД | | | | |
| | | годин хвилин | | | | в кількості _____ мл | | <input type="radio"/> замісна <input type="radio"/> гемодинамічна <input type="radio"/> гемостатична <input type="radio"/> аутогемотрансфузійний <input type="radio"/> реінфузійний | | <input type="radio"/> непрямий <input type="radio"/> прямий <input type="radio"/> обмінний | | <input type="radio"/> внутрішньовенний <input type="radio"/> внутрішньоартеріальний <input type="radio"/> внутрішньоаортальний <input type="radio"/> внутрішньокістковий | | <input type="radio"/> крапельний <input type="radio"/> струминний <input type="radio"/> крапельно-струминний | | |
| ЗАКІНЧЕННЯ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. ПІСЛЯТРАНСФУЗІЙНИЙ НАГЛЯД | | | | | | | | | | | | | | | | |
| РЕАК-ЦІЯ: | під час переливання | після переливання | Показники | | Час нагляду після переливання | | | | | | 1 – інфекційно-токсичний шок | | 4 – повітряна емболія | | | |
| | | | Термометрія (°C) | 1 година | 2 години | 3 години | 4 години | 5 годин | 6 годин | 2 – синдром масивної гемотрансфузії | | 5 – гостра серцево-судинна недостатність | | | | |
| не було | О | О | Пульс (уд. за 1 хв.) | | | | | | | | | 3 – тромбоемболія | | 6 – групова несумісність | | |
| кропивниця | О | О | АТ (мм рт. ст.) | | | | | | | | | Прізвище, ім'я, по батькові лікаря (повністю) _____ (підпис) | | | | |
| остуда | О | О | Кількість сечі (мл) | | | | | | | | | Прізвище, ім'я, по батькові медсестри (повністю) _____ (підпис) | | | | |
| анафілактичний шок | О | О | Макроскопічна оцінка сечі | | | | | | | | | місце для наклеювання марки (етикетки) | | | | |
| | | | Проба Бакстера | | | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ | | | | | |

Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ

Версія 01

СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА

Стор. 17 з 24

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

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 20 з 24 |

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 | Назва та адреса установи, яка випускає компоненти донорської 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 | | | |

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 21 з 24 |

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

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 23 з 24 |

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. | A/T, 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. | Кількість тромбоцитів, 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 | | | | | |

| | | |
|--|--|---------------|
| <i>Система управління якістю</i> | | СОП- |
| Техніка переливання еритроцитовмісних середовищ | | |
| Версія 01 | СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА | Стор. 24 з 24 |

| Післятрансфузійні ускладнення | Продовження Додатка Ж | | |
|--|-----------------------|------------|-------------------|
| | 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 | | | |
| Аллоїмунізація 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: _____

Еритроцитовмісні компоненти (вид компонента) _____

Альбумін,%,мл: _____ Кріопреципітат,доз: _____

Тромбоцити (вид компонента), доз: _____

Інше (вказати): _____

Підпис лікаря: _____ **ПІБ** _____