

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Головний лікар

Наказ ЗОЗ \_\_\_\_\_ року № \_\_\_\_\_

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	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
	Форма первинної облікової документації  № _____  ЗАТВЕРДЖЕНО  Наказ назва ЗОЗ                                  №

**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВАЖКУ НЕСПРИЯТЛИВУ РЕАКЦІЮ**

№ \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.  
(дата заповнення)

до \_\_\_\_\_  
(найменування установи служби крові)

1. ПІБ реципієнта \_\_\_\_\_

2. Стать:  чоловік  жінка

3. Дата народження « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

4. Дата проведення гемотрансфузії « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

5. Дата появи важкої несприятливої реакції « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

6. Важка несприятлива реакція пов'язана з:

Усією кров'ю;

Еритроцитами;

Тромбоцитами;

Плазмою;

З іншим \_\_\_\_\_

(з чим саме)

7. Тип важкої несприятливої реакції (реакцій):

Імунологічний гемоліз, викликаний несумісністю груп крові;

Імунологічний гемоліз, викликаний антитілами інших алогенних клітин;

Неімунологічний гемоліз;

Бактеріальна інфекція, що передалася через переливання \_\_\_\_\_

(яка саме)

Анафілактична реакція / гіперчутливість;

Гостре ураження легенів, пов'язане з переливанням;

Вірусна інфекція, що передалася через переливання (вірус гепатиту В);

Вірусна інфекція, що передалася через переливання (вірус гепатиту С);

Вірусна інфекція, що передалася через переливання (ВІЛ-1/2);

- Інша вірусна інфекція, що передалася через переливання \_\_\_\_\_  
(яка саме)
- Паразитарна інфекція, що передалася через переливання \_\_\_\_\_  
(яка саме)
- Посттрансфузійна пурпура;
- Реакція «трансплантат проти господаря»;
- Інші важкі реакції \_\_\_\_\_  
(яка саме)

8. Рівень ймовірності того, що важка несприятлива реакція спричинена переливанням крові або її компонентів:

- невідомий (інформації для оцінки ймовірності недостатньо)
- 0 – малоімовірний (докази чітко свідчать, що реакцію спричинили інші фактори, а не гемотрансфузія)
- 1 – можливий (докази не дають змоги визначити, чи негативна реакція спричинена гемотрансфузією, чи іншими факторами)
- 2 – вірогідний (докази свідчать, що реакція вірогідно пов'язана з гемотрансфузією)
- 3 – точний (докази свідчать, що реакція безсумнівно пов'язана з гемотрансфузією).

Відповідальний за організацію і якість надання трансфузійної допомоги

\_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис)

Лікар, який проводив трансфузію

\_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис)

Керівник ЗОЗ

\_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис, печатка)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Головний лікар

Наказ ЗОЗ

\_\_\_\_\_ року № \_\_\_\_\_

## ІНСТРУКЦІЯ

### щодо заповнення форми первинної облікової документації № \_\_\_\_\_ «Повідомлення про важку несприятливу реакцію»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № \_\_\_\_\_ "Повідомлення про важку несприятливу реакцію", що спостерігається протягом або після переливання компонентів крові (далі – форма № \_\_\_\_\_).

2. Форма № \_\_\_\_\_ використовується для реєстрації кожного факту виникнення важкої несприятливої реакції під час або після переливання компонентів крові реципієнту.

3. Форма № \_\_\_\_\_ заповнюється у закладі охорони здоров'я, в якому зареєстровано важку несприятливу реакцію та направляється в регіональну установу служби крові.

4. Форма № \_\_\_\_\_ заповнюється лікарем, який проводив трансфузію, на підставі даних облікової форми № \_\_\_\_\_ «Протокол реєстрації введення компонентів крові», затвердженої цим наказом.

5. У пунктах 1-5 форми № \_\_\_\_\_ вказуються: прізвище, ім'я та по батькові реципієнта, його стать, дата народження, дата проведення гемотрансфузії, дата появи важкої несприятливої реакції.

У пункті 6 надається інформація про те, з чим пов'язана важка несприятлива реакція. У пункті 7 вказується тип важкої несприятливої реакції. У пункті 8 зазначається рівень імовірності того, що важка несприятлива реакція спричинена переливанням крові або її компонентів.

6. Форма № \_\_\_\_\_ підписується відповідальним за організацію і якість надання трансфузійної допомоги та лікарем, який проводив переливання та затверджується підписом керівника лікувального закладу та печаткою закладу.

9. Форма № \_\_\_\_\_ надходить в Національний трансфузіологічний центр, її копія – в заклад охорони здоров'я, в якому зареєстровано важку несприятливу реакцію.

10. У разі ведення форми № \_\_\_\_\_ в електронному форматі в ній зазначається вся інформація, яка міститься в затвердженому паперовому носії.

11. Термін зберігання форми № \_\_\_\_\_ - 25 років.