

| | | |
|---|--|--|
| 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 | | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ |
| | | Форма первинної облікової документації № ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ керівника ЗОЗ № |
| Код за ЄДРПОУ | | |

ЛИСТОК ОБГРУНТУВАННЯ ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ № _____ від «__» _____ 20__ р.

| | |
|---|---|
| Прізвище, ім'я, по-батькові хворого: _____ | медична карта стаціонарного хворого № _____ |
| Вік _____ Вага тіла _____ кг Зріст _____ см | |
| Група крові _____ Резус-фактор _____ Від «__» _____ 20__ р. | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| 1. При гострій крововтраті: | | | |
| Стан ЦНС: _____ АТ: _____ Частота пульсу: _____ Частота самостійного дихання: _____ Діурез: _____ | | Рівень Нв _____ г/л при госпіталізації Рівень Нв _____ г/л перед трансфузією Нт _____ при госпіталізації Нт _____ перед трансфузією | |
| Розрахунок обсягу крововтрати непрямим методом по Мооге | | Шоковий індекс Альговера _____ | |
| Розрахунок фактичного ОЦК за допомогою перехресних методів: за методом Сидори | | Розрахунок належного ОЦК _____ | |
| Деф. ОЦК по Магіно, становить _____ % ступінь _____ | | Геморагічний шок _____ ступінь _____ | |
| Осмотичний тиск _____ (мосм/кг) | Онкотичний тиск _____ (мм.рт.ст.) | Вид порушення ВЕБ*: | Вид порушення КЛС**: |
| АЧТЧ _____ (сек) | МНС*** (ум.од) | Час згорання крові по Лі та Уайту (хв) | Рівень VIII фактору _____ (%) |
| 2. При хронічній анемії: | | | |
| Рівень Нв _____ г/л; еритроцити _____; загальний білок плазми _____; альбумін: _____; Ступінь анемії _____ | | Нт _____; тромбоцити: _____; Ядерний індекс інтоксикації: _____; Показник розрахунку співвідношення нейтрофілів/лімфоцитів: _____ | Коефіцієнт Lorie: _____ (ум.од.) |
| Стан ЦНС: _____ АТ: _____ Частота пульсу: _____ Частота самостійного дихання: _____ Діурез: _____ | | Стан фізичної активності: _____ Дефіцит ОЦК: _____ | |
| Осмотичний тиск _____ (мосм/кг) | Онкотичний тиск _____ (мм.рт.ст.) | Вид порушення ВЕБ*: | Вид порушення КЛС**: |

*ВЕБ- водно-електролітний баланс; КЛС** - кислото-лужний стан; МНС*** - міжнародне нормалізоване співвідношення

Розрахунок загального об'єму розчинів для відновлення належного ОЦК та розробка індивідуальної програми заміщення

| Інфузійно-трансфузійні розчини | Необхідно (мл) | Призначено (мл) |
|--------------------------------|------------------|-----------------|
| Кристаліди | Розчин NaCl 0,9% | |
| | Розчин Рінгера | |
| | Розчин глюкози | |
| | Стерофундін | |
| Штучні колоїди | Рефортан | |
| | Венофундін | |
| | Гелофузин | |
| Природні колоїди | СЗП | |
| | Альбумін | |
| Еритроцитовмісні компоненти | | |
| Кріопреципітат (доз) | | |
| Тромбоцити (доз) | | |
| Перфторан | | |
| Всього: | | |

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації
№ _____ «Листок обґрунтування інфузійно-трансфузійної терапії»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № _____ «Листок обґрунтування інфузійно-трансфузійної терапії» (далі – форма № _____).
2. Форма № _____ ведеться у закладах охорони здоров'я, у яких проводяться трансфузії, і заповнюється лікарем, який проводить трансфузію. Паспортна частина форми може заповнюватися медичною сестрою.
3. У формі № _____ зазначається порядковий номер обґрунтування інфузійно-трансфузійної терапії щодо даного пацієнта та дата проведення обґрунтування.
4. У паспортній частині форми № _____ вносяться прізвище, ім'я, по-батькові хворого (повністю), його вік, вага, зріст. Групова належність крові за системами АВ0 і Резус, дата зазначаються відповідно до «Результату дослідження на резус-приналежність і резус-антитіла» форма № 207/о затверджена наказом МОЗ України від 04.01.2001 року № 1 «Назва». Вказується номер медичної карти стаціонарного хворого.
4. У розділі 1 – при гострій крововтраті вказуються об'єктивні дані пацієнта (стан ЦНС, діурез, АТ, пульс, частота дихання), вид порушення водно-електролітного балансу та кислотно-лужного стану. Проводиться розрахунок обсягу крововтрати, фактичного та належного об'єму циркулюючої крові (ОЦК).
5. У розділі 2 – при хронічній анемії вказуються рівень гемоглобіну, альбуміну, гематокрит, кількість тромбоцитів, стан фізичної активності, об'єктивні дані пацієнта (стан ЦНС, діурез, АТ, пульс, частота дихання), вид порушення водно-електролітного балансу та кислотно-лужного стану. Проводиться розрахунок дефіциту ОЦК.
6. У формі № _____ розробляється індивідуальна програма заміщення для корекції ОЦК та кисневої функції крові хворого, з розрахунком загального об'єму інфузійних розчинів та окремих доз (кристалоїдів, штучних колоїдів, природних колоїдів, компонентів крові, перфторану). Вказуються дози в мл необхідних та призначених інфузійно-трансфузійних розчинів.
7. Документ завіряється підписом відповідального за організацію і якість надання трансфузійної допомоги
8. У разі ведення форми № _____ в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.
9. Форма № _____ зберігається разом з медичною картою стаціонарного хворого.
10. Термін зберігання – _____ років.