

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО УКРАИНЫ



ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29.05.2013 N 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я				МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ				
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма								
Код за ЄДРПОУ				Форма первинної облікової документації N 003-5/6 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України				
				N				
Протокол переливання крові та її компонентів								
Проведене переливання (чого)				Місце переливання				
<input type="checkbox"/> первинне <input type="checkbox"/> повторне								
				номер	рік			
Прізвище, ім'я, по батькові хворого:				Номер медичної карти стаціонарного хворого				
I. ПЕРЕДТРАНСФУЗІЙНИЙ ЕПСКРИЗ								
ГЕМОТРАНСФУЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)		ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ		ПОКАЗАННЯ	МЕТА	МЕТОД
ПЕРЕЛІВАННЯ <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 ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ: <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> токсикоз <input type="checkbox"/> еклампсія		кількість вагітностей з них: абортів 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"/> ціаноз тони серця <input type="checkbox"/> гучні <input type="checkbox"/> приглушені <input type="checkbox"/> глухі <input type="checkbox"/> ритмічні <input type="checkbox"/> екстрасистоля загальний стан <input type="checkbox"/> задовільний <input type="checkbox"/> середньої тяжкості <input type="checkbox"/> тяжкий <input type="checkbox"/> агональний АТ мм рт. ст. частота пульсу температура тіла °C		<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"/> інші (вписати)	<input type="checkbox"/> замісна <input type="checkbox"/> гемодинамічна <input type="checkbox"/> гемостатична	<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
		рік		ударів за 1 хв.		* ДВЗ - дисміноване внутрішньовенне згортання.		

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:						
O I	A II	B III	AB IV	кров хворого			має групу _____	резусприналежність _____	На сумісність		сумісна _____	несумісна _____				
				кров донора			має групу _____	резусприналежність _____	група крові _____	резусприналежність _____	O _____	O _____				
Після переливання виконувалась проба на біологічну сумісність (струменем, тричі по 15 мл з інтервалом в 3 - 5 хвилин передито 45 мл крові)										реакція була:		O неспокій		O важкість дихання		
ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ										O реакції не було		O прискорення пульсу		O біль в поперец		
O зниження АТ												O почервоніє чи біде обличчя				
II. П Е Р Е Л И В А Н Н Я																
ПОЧАТОК		В яку судину (внутрішньовенно)		МЕТА		МЕТОД		ШЛЯХ		ВИД						
ГОДИН		ХВИЛИН		в кількості _____		O замісна O гемодинамічна O гемостатична O аутогемотрансфузійний		O непрямий O прямий O обмінний O реінфузійний		O внутрішньовенний O внутрішньоартеріальний O внутрішньоаортальний O внутрішньовіскітковий						
ЗАКІНЧЕННЯ		мл _____								O крапельний O струмінний O крапельно-струмінний						
III. П І С Л Я Т Р А Н С Ф У З І Й Н И Й Н А Г Л Я Д																
РЕАКЦІЯ:	під час переливання	після переливання	Показники		Час нагляду після переливання						IV. УСКЛАДНЕННЯ					
			Термометрія (°C)	1 година	2 години	3 години	4 години	5 годин	6 годин	1 - інфекційно-токсичний шок	4 - повітряна емболія					
на було	O	O	Пульс (уд. за 1 хв.)							2 - синдром масивної гемотрансфузії	5 - гостра серцево-судинна недостатність					
кропивниця	O	O	АТ (мм рт. ст.)							3 - тромбоемболія	6 - групова несумісність					
остуда	O	O	Кількість сечі (мл)							Прізвище, ім'я, по батькові лікаря (повністю) _____ (підпис)						
анафілактичний шок	O	O	Макроскопічна оцінка сечі							Прізвище, ім'я, по батькові медсестри (повністю) _____ (підпис)						
			Проба Бакстера							місце для наклеювання марки (етикетки)						
ВІДРИВНИЙ ТАЛОН			Прізвище, ім'я, по батькові хворого:		МАРКА (етикетка) N _____		Дата переливання			Код відділення	Код лікаря	Код ускладнення				
Після переливання передається для автоматизованого обліку			Медична карта стаціонарного хворого N _____				число _____	місяць _____	рік _____							

**Директор Департаменту
реформ
та розвитку медичної
допомоги**

М. Хобзей

ЗАТВЕРДЖЕНО

**Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29.05.2013 N 435**

Зареєстровано

в Міністерстві юстиції України

17 червня 2013 р. за N 991/23523

Інструкція

щодо заповнення форми первинної облікової документації N 003-5/о "Протокол переливання крові та її компонентів"

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації N 003-5/о "Протокол переливання крові та її компонентів" (далі - форма N 003-5/о).

2. Форма N 003-5/о ведеться у закладах охорони здоров'я, у яких хворим проводиться переливання крові, і заповнюється лікарем, відповідальним за призначення переливання крові та її компонентів на кожного стаціонарного хворого, якому призначена гемотрансфузія, а паспортна частина форми та її відривний талон заповнюються медичною сестрою.

3. На титульній сторінці форми N 003-5/о зазначаються: проведене переливання (первинне, повторне), прізвище, ім'я, по батькові хворого, номер медичної карти стаціонарного хворого, місце переливання, дата (число, місяць, рік), номер протоколу.

4. На першій сторінці форми N 003-5/о заповнюється розділ I "Передтрансфузійний епікриз", куди входять: гемотрансфузійний анамнез (переливання крові, плазми, компонентів крові чи плазми); акушерський анамнез (кількість вагітностей, абортів, пологів); об'єктивні дані пацієнта (загальний стан, тони серця, артеріальний тиск, пульс, температура, стан шкіри та слизових оболонок); показання (шок, кровотеча, диспротеїнемія, аплазія кісткового мозку тощо); мета та методи переливання. Розділ I заповнює лікар, відповідальний за гемотрансфузію.

У формі N 003-5/о зазначаються результати контрольних перевірок груп крові донора та хворого двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проб на індивідуальну сумісність (група крові, резус-приналежність) і біологічної проби.

5. У розділі II "Переливання" зазначаються початок і закінчення переливання трансфузійної рідини (години, хвилини), кількість, мета, метод, шлях та вид введення.

6. Розділ III "Післятрансфузійний нагляд" (реакція на переливання крові та її компонентів, термометрія, пульс, артеріальний тиск та нагляд за станом хворого) заповнює медична сестра під контролем лікаря і записує відповідні дані у форму N 003-5/о.

7. У розділі IV "Ускладнення" відмічаються можливі ускладнення (інфекційно-токсичний шок, синдром масивної гемотрансфузії, тромбоемболія, повітряна емболія, гостра серцево-судинна недостатність, групова несумісність), які можуть бути причиною смерті хворого.

8. Форма N 003-5/о завіряється підписами відповідальних осіб (лікарем, який проводив гемотрансфузію, та медичною сестрою) із зазначенням прізвища, імені та по батькові кожного.

9. Після нумерації форми N 003-5/о в закладі охорони здоров'я відривний талон передається для автоматизованого обліку.

10. Форма N 003-5/о зберігається разом з формою первинної облікової документації N 003/о "Медична карта стаціонарного хворого N __", затвердженою [наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року N 110](#), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за N 661/20974.

11. У разі ведення форми N 003-5/о в електронному форматі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на затвердженому паперовому носії інформації.

12. Строк зберігання форми N 003-5/о - 25 років.

**Директор Департаменту
реформ
та розвитку медичної
допомоги**

М. Хобзей