

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

№

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

										№				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

**ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ
післятрансфузійних ускладнень**

Почато “ ____ ” _____ 20 ____ року

Закінчено “ ____ ” _____ 20 ____ року

