



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЧР)**

ПРИКАЗ

«16» 03 2021 г.

г. Грозный

№ 104

**Об утверждении форм медицинской документации
для медицинских организаций, осуществляющих клиническое использование
донорской крови и (или) ее компонентов**

В связи с вступлением в силу с 1 января 2021 года приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2020 г. № 1157н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, в том числе в форме электронных документов, связанных с донорством крови и (или) ее компонентов и клиническим использованием донорской крови и (или) ее компонентов, и порядков их заполнения», в соответствии с приказом от 28.10.2020 г. № 1170н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология» и в целях упорядочения ведения документации для медицинских организаций Чеченской Республики, осуществляющих клиническое использование донорской крови и ее компонентов, **приказываю:**

1. Внедрить следующие формы ведения документации:

«Журнал регистрации первичного определения группы крови и резус принадлежности» согласно приложению № 1;

«Направление на подтверждение группы крови АВО, фенотипирование по антигенам системы резус и Келл (С,с,Е,е,К) и скрининг аллоиммунных антител» согласно приложению № 2;

«Согласие пациента на трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов» согласно приложению № 3;

«Журнал регистрации макроскопической оценки и температурного режима хранения донорской крови и (или) ее компонентов» согласно приложению № 4;

«Журнал регистрации температуры воздуха в помещении» согласно приложению № 5;

«Журнал регистрации процесса размораживания плазмы» согласно приложению № 6;

«Журнал учета брака донорской крови и (или) ее компонентов» согласно приложению № 7;

«Акт списания забракованной донорской крови и (или) ее компонентов»

«Протокол трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов» согласно приложению № 9;

«Протокол интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов» согласно приложению № 10;

«Журнал заготовки аутокомпонентов» согласно приложению № 11;

«Журнал регистрации транспортировки донорской крови и (или) ее компонентов в кабинет (отделении) трансфузиологии» согласно приложению № 12;

«Журнал регистрации подогрева донорской крови и (или) ее компонентов» согласно приложению № 13;

Унифицированную форму медицинской документации N 421/1у "Сводная заявка на донорскую кровь и ее компоненты для клинического использования", утвержденную приказом Минздрава России от 27 октября 2020 г. N 1157н согласно приложению № 14;

Унифицированную форму медицинской документации N 494/у-1 "Журнал учета поступления и выдачи донорской крови и (или) ее компонентов для клинического использования в кабинете (отделении) трансфузиологии", утвержденную приказом Минздрава России от 27 октября 2020 г. N 1157н согласно приложению № 15;

Унифицированную форму медицинской документации N 494/1-у "Журнал учета поступления крови и (или) ее компонентов для клинического использования", утвержденную приказом Минздрава России от 27 октября 2020 г. N 1157н согласно приложению № 16.

2. Руководителям медицинских организаций Чеченской Республики, осуществляющим клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов обеспечить внедрение форм медицинской документации в деятельность кабинета/отделения трансфузиологии и лечебных подразделений подведомственного учреждения, проводящих трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов.

3. Главному внештатному специалисту трансфузиологу Минздрава ЧР, главному врачу РСПК Татаевой З.М.;

3.1 Обеспечить оказание методической и практической помощи медицинским организациям по вопросам оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология»;

3.2 Организовать обучающий семинар для специалистов, проводящих трансфузии донорской крови и ее компонентов с освещением вопросов изменений нормативных документов в сфере обращения донорской крови и ее компонентов до 1.04.2021 г.;

4. Признать утратившим силу с 1.04.2021г. приказ Минздрава ЧР № 26 от 3.02.2020 г. «Об утверждении форм медицинской документации для медицинских организаций, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов»

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Гадаева А.А.

Министр



Э.А. Сулейманов

**Направление на подтверждение группы крови АВ0 и резус-фактора,
фенотипирование по антигенам резус и Келл (С,с,Е,е,К)
и скрининг аллоиммунных антител**

НАПРАВЛЕНИЕ N _____
на подтверждение группы крови АВ0, резус-принадлежности, фенотипирование по антигенам
резус и Келл (С,с,Е,е,К) и скрининг аллоиммунных антител (нужное подчеркнуть)
"___" _____ 20__ г.

ФИО реципиента _____

Возраст _____

Отделение _____

Палата _____

Медицинская карта стационарного больного N _____

Диагноз _____

Группа крови и резус – принадлежность реципиента (первичное определение)

ФИО врача, определявшего группу крови и резус – фактор _____
Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на переливание)

Сколько в анамнезе беременностей _____
Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха,
врожденный универсальный отек и др.) _____
подчеркнуть, вписать

Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети _____
вписать

Дата взятия крови на исследование «__» _____ 20__ г.

Подпись врача, взявшего кровь на исследование _____

РЕЗУЛЬТАТ N _____
ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУППЫ КРОВИ АВ0, РЕЗУС-ПРИНАДЛЕЖНОСТИ
ФЕНОТИПИРОВАНИЯ ПО АНТИГЕНАМ РЕЗУС И КЕЛЛ (С,с,Е,е,К) И СКРИНИНГА
АЛЛОИММУННЫХ АНТИТЕЛ,

Лаборатория _____
ФИО реципиента _____

Возраст _____

Отделение _____

Палата _____

Медицинская карта стационарного больного N _____

Группа крови, резус-принадлежность (подтверждающее определение)

Фенотип _____

Аллоиммунные антитела: _____

"___" _____ 20__ г.

**Согласие пациента на трансфузию (переливание)
донорской крови и (или) ее компонентов**

Я _____ получил разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ ФИО врача
(подпись врача)

"__" _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента),

или расписался _____ (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача),
_____ (подпись свидетеля).

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента),

или расписался _____ (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача),
_____ (подпись свидетеля).

ЖУРНАЛ
регистрации макроскопической оценки и температурного режима хранения
донорской крови и (или) ее компонентов

(наименование структурного подразделения медицинской организации)

Дата	Кол-во компонентов в холодильнике (морозильнике)	Результат макроскопической оценки компонента	Подпись зав. кабинета/отделения трансфузиологии (ответственного врача)	Показания термометра			
				Утро t°	Подпись м/с	Вечер t°	Подпись м/с
1	2	3	4	5	6	7	8

ЖУРНАЛ
регистрации условий процесса размораживания плазмы
(наименование структурного подразделения медицинской организации)

Наименование компонента	Дата заморозки	Кол-во (мл)	Идентификационный номер	Время размораживания		Температура теплоносителя, °С	Визуальная оценка качества размороженной плазмы *	Подпись, фамилия, проводившего размораживание
				6	7			
2	3	4	5	6	7	8	9	10

Визуальная (макроскопическая) оценка заключается в выявлении значимых несоответствий размороженной плазмы таким понятиям качества прозрачность, отсутствие сгустков и различных патологических включений. При удовлетворительном качестве размороженной плазмы в той ячейке ставится пометка "-удовлетворительная", при неудовлетворительном качестве в табличной ячейке ставится пометка - "брак" и дается причина: хилез, сгусток, включения, разгерметизация контейнера.

Приложение № 7
к приказу Минздрава ЧР
от «16.08.2018» № 107

ЖУРНАЛ
учета брака донорской крови и (или) ее компонентов
(наименование структурного подразделения медицинской организации)

№ /п	Информация о донорской крови и ее компонентах						Неиспользование компонента крови		
	Наименование компонента крови	количество (мл)	Идентификационный номер	Дата заготовки	Группа крови по системе АВ0	Результат принадлежности	Причина	Дата утилизации	№ Акта списания
1	2		3	4	5	6	7	8	9

**Акт списания забракованной донорской крови
и (или) ее компонентов**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач (наименование МО)
_____ ФИО
(подпись)
« » _____ 20 г.

**Акт № _____ от _____ г.
об уничтожении забракованной донорской крови
и (или) ее компонентов**

№ п/п	Наименование компонента крови	Кол-во, мл	Идентификационный номер	Дата заготовки	Группа крови по системе АВ0	Резус принадлежность	Причина списания
1	2	3	4	5	6	7	

Забракованный продукт обеззаражен способом

_____ (указать способ обеззараживания)

Итого: контейнеров _____ шт _____ мл

Комиссия в составе:

- 1)
- 2)
- 3)

Протокол трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов

ПРОТОКОЛ ТРАНСФУЗИИ		
Фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента	Дата и время подачи заявки	Дата трансфузии
Отделение	№ и/б	Время начала трансфузии Время окончания трансфузии
Данные медицинского обследования реципиента		
Группа крови реципиента АВ0:		Резус-принадлежность
Антигены С, с, Е, е, К		Аллоиммунные антитела
Показания к трансфузии		
Анамнез реципиента		
Трансфузии компонентов крови в анамнезе	Реакции и осложнения на трансфузии в анамнезе	Трансфузии по индивидуальному подбору
Данные о донорской крови или ее компоненте		
Наименование компонента донорской крови		Наименование организации, осуществившей заготовку
Группа крови донора АВ0:		Антигены эритроцитов донора С, с, Е, е, К
№ единицы компонента крови	Количество (мл)	
Дата заготовки:		Срок годности:
Результаты индивидуального подбора		
Наименование медицинской организации, осуществившей индивидуальный подбор		
Дата исследования		
Фамилия, имя, отчество (при наличии) ответственного лица		Заключение (совместимо/несовместимо)
Пробы на индивидуальную совместимость в отделении		
Наименования реагентов		
№ серии реагента		Срок годности
На плоскости	Биологическая проба	
Совместимо/несовместимо		

Основные симптомы		Степень тяжести		
Наблюдение за состоянием реципиента				
Трансфузии компонентов крови	АД (мм рт.ст.)	Частота пульса (уд/мин)	Температура (°С)	Диурез, цвет мочи
Перед началом переливания				
Через 1 час после переливания				
Через 2 часа после переливания				
Врач, осуществивший трансфузию:				

Протокол интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов

Ф.И.О. пациента _____

№ медицинской карты стационарного больного _____ Дата операции _____

Клинический диагноз _____

Название операции _____

Кровопотеря во время операции (мл) _____ Общая кровопотеря (мл) _____

Название аппарата для реинфузии _____

Объем израсходованного физ. раствора (мл) _____

Объем собранных эритроцитов (мл) _____

Трансфузия донорской плазмы (мл) _____

Показатели гомеостаза: до операции / 1 сутки / 3 сутки

НВ ___ / ___ / ___ г/л Нt ___ / ___ / ___ Эр. ___ / ___ / ___

Общий белок ___ / ___ / ___ г/л Общий билирубин ___ / ___ / ___ мкмоль/л

Креатинин ___ / ___ / ___ мкмоль/л

Состояние свертывающей системы (СИ) тромбозластограммы (ТЭГ) ___ / ___ / ___ у.е.

Подпись врача, проводившего реинфузию _____

ЖУРНАЛ
регистрации транспортировки донорской крови
и (или) ее компонентов в кабинет (отделении) трансфузиологии

Дата	Наименование УСК	Название гемоконпонента	Количество	Температура в термоконтейнере		Время убытия из УСК	Время прибытия в кабинет/отделение трансфузиологии	Время транспортировки	Подпись отв. лица
				при загрузке в УСК	по прибытии в кабинет /отделение трансфузиологии				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*УСК – учреждение службы крови

Приложение № 14
к приказу Минздрава ЧР
от «10.09.20» № 104

Унифицированная форма
медицинской документации N 421/1у
утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 27 октября 2020 г. N 1157н

**СВОДНАЯ ЗАЯВКА
НА ДОНОРСКУЮ КРОВЬ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

Наименование и контактный телефон медицинской организации, осуществляющей клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов -

Наименование и контактный телефон медицинской организации, осуществляющей заготовку донорской крови и (или) ее компонентов _____

ЧИ СВОДНОЙ ЗАЯВКИ

№ п/п	Для проведения индивидуального подбора компонентов крови		Необходимость индивидуального подбора (да/нет)	Кол-во, мл	Наименование компонента донорской крови	Антигены эритроцитов С, с, Е, е, К1	3	4	5	6	7	Для проведения индивидуального подбора компонентов крови			
	Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения и диагност реципиента	Группа крови АВ0 реципиента										Резус-принадлежность реципиента	Антигены эритроцитов С, с, Е, е, К1 реципиента	Показания для индивидуального подбора	
	8	9	10	11	12										

ий трансфузиологическим кабинетом ем)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Приложение № 15
к приказу Минздрава ЧР
от «22.11.20» № 104

Унифицированная форма
медицинской документации N 494/у-1
утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 27 октября 2020 г. N 1157н

ЖУРНАЛ
учета поступления и выдачи донорской крови
и (или) ее компонентов для клинического использования
в кабинете (отделении) трансфузиологии

Информация о поступивших донорской крови и ее компонентах в кабинет (отделение) трансфузиологии										Информация о выдаче донорской крови и ее компонентов в структурное подразделение									
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись работника, получившего компонент	Дата получения компонента	Наименование компонента крови, количество (мл)	Идентификационный номер	Дата заготовки	Группа крови по системе АВ0	Резус-принадлежность	Антигены эритроцитов С, с, Е, е	Антиген-К1 системы Kell	Наименование организации, осуществившего заготовку компонента донорской крови	Дата выдачи в структурное подразделение	Наименование структурного подразделения	Фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента (полностью)	Номер истории болезни	Группа крови реципиента по системе АВ0; резус-принадлежность	Антигены эритроцитов С, с, Е, е, К1	Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись работника структурного подразделения, получившего компонент донорской крови	Дата трансфузии или возврата невосребованных компонентов крови		

