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: БУЗ Орловской области «ОСПК», телефон: 8(4862) 41-58-83 (экспедиция г.Орел), 8(48646) 4-03-93 (экспедиция г.Мценск), 8(48677) 2-02-93 (экспедиция г.Ливны) | | | | | | | | | | | | |
| Дата подачи сводной заявки | | | | |  | | | | | | | |
| п/п | Группа крови AB0 | Резус-принадлежность | Антигены эритроцитов C, c, E, e, K1 | Наименование компонента донорской крови | | Количество, мл | Необходимость индивидуального подбора (да/нет) | **Для проведения индивидуального подбора компонентов крови** | | | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения и диагноз реципиента | Группа крови AB0 реципиента | Резус-принадлежность реципиента | Антигены эритроцитов C, c, E, e, K1 реципиента | Показания для индивидуального подбора |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заведующий трансфузиологическим кабинетом (отделением) |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |