



**ЗАГАД**

21.05.2018 № 519

г. Мінск

**ПРИКАЗ**

г. Минск

Об утверждении форм  
направления на  
индивидуальный подбор  
крови и заявок на кровь,  
ее компоненты,  
лекарственные средства  
из крови, ее компонентов  
и изделия медицинского  
назначения

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 года № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 года № 360», в целях обеспечения единого регламента в организации трансфузиологической помощи в государственных больничных организациях здравоохранения Республики Беларусь,

**ПРИКАЗЫВАЮ**

1. Утвердить:
  - 1.1. направление на подбор совместимой крови согласно приложению 1;
  - 1.2. заявку в кабинет трансфузиологической помощи или отделение переливания крови на кровь, ее компоненты, лекарственные средства из крови, ее компонентов и изделия медицинского назначения согласно приложению 2;
  - 1.3. заявку в организацию переливания крови на кровь, ее компоненты, лекарственные средства из крови, ее компонентов и изделия медицинского назначения согласно приложению 3.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Д.Л. Пиневича.

Министр

В.А. Малашко

Приложение 1  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
«24» 05 2018 № 519

\_\_\_\_\_  
наименование организации здравоохранения

\_\_\_\_\_  
отделение

\_\_\_\_\_  
номер телефона

В ЛАБОРАТОРИЮ ОПК, СПК  
организации здравоохранения  
(нужное подчеркнуть)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

### НАПРАВЛЕНИЕ НА ПОДБОР СОВМЕСТИМОЙ КРОВИ

1. СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ: медицинская карта стационарного пациента № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_  
дата рождения      \_\_\_\_\_ пол      \_\_\_\_\_ группа крови по системе АВ0, Rh (D)-принадлежность (из медкарты стационарного пациента)

\_\_\_\_\_  
диагноз

#### 2. АНАМНЕЗ

Трансфузионный: предыдущие трансфузии - НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(компоненты крови по номенклатуре, количество, дата последней трансфузии)

реакции / осложнения - НЕТ / ДА \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
характер осложнения, дата, время

Акушерский: \_\_\_\_\_  
(беременности, выкидыши, ГБН)

анти-D-иммунопрофилактика НЕТ / ДА \_\_\_\_\_  
(указать дату)

Аллергологический, лекарственный: \_\_\_\_\_

3. ТРЕБУЕТСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ (нужное подчеркнуть):

группу крови по системе АВ0, Rh (D)-принадлежность, фенотип, аллоиммунные антитела

4. ТРЕБУЕТСЯ ПРОВЕСТИ ПОДБОР СОВМЕСТИМОЙ КРОВИ

Причины подбора:

- несовместимость с донорской кровью (в каком тесте) \_\_\_\_\_

- наличие аллоиммунных антител \_\_\_\_\_

- отягощённый анамнез \_\_\_\_\_

- иное \_\_\_\_\_

Требуется \_\_\_\_\_  
(наименование по номенклатуре, объём)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.      Цель:      резерв ДА / НЕТ      трансфузия ДА / НЕТ  
(дата готовности подбора)

ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА \_\_\_\_\_

Приложение 2  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
«24» 05 2018 № 519

Заявка  
в кабинет трансфузиологической помощи,  
отделение переливания крови  
на кровь, ее компоненты, лекарственные средства из крови, ее компонентов  
и изделия медицинского назначения.

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН УЧЕТА	_____ организация здравоохранения								
	<b>ЗАЯВКА НА КРОВЬ, ЕЕ КОМПОНЕНТЫ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИЗ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ</b>								
_____ порядковый №	_____ порядковый №							« ____ » _____ 2 ____ г	
_____ наименование отделения	Отделения _____ в ОПК КТП (нужное подчеркнуть)								
_____ « ____ » ____ 2 ____ г	№ п/п	Наименование по номенклатуре	Группа крови по системе AB0	Rh(D)- принад- лежность	Количество мл/доз		№ мед. марты пациента	Диагноз	Показания. Обоснование.
					заказано	получено			
_____ ответственный врач									
_____ проверил зав.отделением									
<b>ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА</b>									

Приложение 3  
к приказу  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
«24» 05 2018 № 519

**Заявка**  
в организацию переливания крови  
на кровь, ее компоненты, лекарственные средства из крови, ее компонентов  
и изделия медицинского назначения.

<b>ОТРЫВНОЙ ТАЛОН УЧЕТА</b>	_____ организация здравоохранения								
	<b>ЗАЯВКА НА КРОВЬ, ЕЕ КОМПОНЕНТЫ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИЗ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ</b>								
_____ порядковый №	_____ порядковый №							«__» _____ 2__ г	
_____ наименование отделения	_____ организация здравоохранения				В	_____ организация переливания крови			
«__» 2__ г	<b>№ п/п</b>	<b>Наименование по номенклатуре</b>	<b>Группа крови по системе ABO</b>	<b>Rh(D)- принад- лежность</b>	<b>Количество мл/доз</b>		<b>№ мед. марты пациента</b>	<b>Диагноз</b>	<b>Показания. Обоснование.</b>
					заказано	получено			
<b>ответственный врач</b>									
<b>проверил зав.отделением</b>									
	<b>ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА</b>				<b>ПЕЧАТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>				