

## Протокол переливания гемотрансфузионной среды (ГТС)

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ 2. ИБ№ \_\_\_\_\_ 3. Дата трансфузии \_\_\_\_\_
4. Группа крови реципиента АВО \_\_\_\_\_ 5. Rh-фактор \_\_\_\_\_ 6. Фенотип: \_\_\_\_\_
7. Определение резус-принадлежности проведено: в лаборатории / экспресс-методом
8. Антиэритроцитарные антитела: выявлены / не выявлены
9. Показания к трансфузии \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Ht \_\_\_\_\_
10. Трансфузионный анамнез: трансфузии были / не были \_\_\_\_\_
11. Индивидуальный подбор крови в прошлом: был / не был; 12. Реакции и осложнения в связи с трансфузиями крови и (или) ее компонентов: \_\_\_\_\_
13. Акушерский анамнез: количество беременностей \_\_\_\_\_, особенности течения \_\_\_\_\_
14. Макроскопическая оценка компонентов крови: пригодны к переливанию / не пригодны

Данные с этикеток ГТС								Перед трансфузией проведены контрольные проверки показателей:				
№ ГТС	Наименование ГТС	Организация, заготовившая ГТС	Дата заготовки ГТС	Срок годности	Объем, мл	Группа АВО	Rh-фактор	Группа АВО донора	Rh-фактор донора	Совместимость на плоскости	Проба с 33% полиглобулином	Индивидуальный подбор в центре крови

15. При определении показателей использовались реактивы: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование, серия, срок годности)

16. Осуществлена трансфузия:

№ ГТС	Биологическая проба	Способ трансфузии	Осложнения во время трансфузии*	Время		Примечание
				Начала трансфузии	Окончания трансфузии	

17. Реакции и осложнения (клинические проявления, терапевтические мероприятия)\*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 18. Наблюдение за состоянием реципиента:

(Данные вносятся спустя 1 час после переливания первой дозы ГТС и продолжаются 2 часа после переливания последней дозы для больных стационара или 3 часа для амбулаторных больных с интервалом в 1 час. Если временной промежуток между трансфузиями составляет более 2-х часов – оформляется новый Протокол переливания ГТС).

	Артериальное давление, мм рт.ст	Частота пульса, уд/мин	Температура тела, С <sup>0</sup>	Диурез, цвет мочи
Перед трансфузией				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				
Время: _____ ч _____ мин				

19. Выявленные осложнения после трансфузии\*: \_\_\_\_\_

Врач, проводивший трансфузию \_\_\_\_\_ /Фамилия, И.О./

\*) При возникновении реакций или осложнений во время трансфузии, а так же в посттрансфузионный период – немедленно сообщите в экспедицию Центра крови (54-65) и заполните соответствующую форму Извещения о гемотрансфузионном осложнении.

М Е С Т О   Д Л Я   Э Т И К Е Т О К   Г Т С