**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
|  |  |  |
|  |  |  | Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 009/у** |
|  | Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказ МЗ Донецкой Народной Республики |
|  |  |  |
|  | Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ** **переливаний трансфузионных жидкостей** |
| Начат "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_\_\_года |  | Окончен "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года |

|  |
| --- |
| **Регистрация переливания трансфузионных жидкостей** |
| **№****п/п** | **Дата перели-вання** | **Переливание первичное или повторное** | **Фамилия, имя, отчество больного** | **Возраст****(детей до** **1 года -** **число месяцев,****дней)** | **Номер** **медицинской карты****стационарного** **больного** | **Группа крови** **и резус-принадлеж-ность больного** | **Р е з у л ь т а т** | **Показания к переливанию** |
| **биологи-ческой пробы** | **индиви-дуальной пробы** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

продолжение форми № 009/у

|  |
| --- |
| **Регистрация переливания трансфузионных жидкостей** |
| **Трансфузионная жидкость** | **Доза перелитой** **транс-фузионной жидкости (мл)** | **Паспорт флакона** | **Способ переливания транс-фузионной жидкости** | **Трансфузии-онные реакции****(слабая, средняя, сильная)** | **Осложне-ние после перелива-ния** | **Фамилия и подпись врача** |
| **кровь (групповая****и резус-принадлеж-ность)** | **компоненты крови (групповая и резус-принадлеж-ность)** | **препараты крови** | **кровезаменители (гемодинамические, дезинтоксикационные,****препараты для парентерального белкового питания)** | **номер этикетки (серия препарата, завод-изготовитель)** | **дата заготовки (выпуска препарата)** |
| **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 009/у**

**"Журнал регистрации переливания трансфузионных жидкостей"**

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 009/у "Журнал регистрации переливания трансфузионных жидкостей" (далее - форма № 009/у).

2. Форма № 009/у применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных жидкостей, которые проводятся в учреждениях здравоохранения, крови, компонентов крови, препаратов крови, кровезамещающих жидкостей, за исключением физраствора и 5%-го раствора глюкозы, Форма № 009/у заполняется в каждом структурном подразделении, которое занимается переливанием трансфузионных жидкостей. В случае необходимости на отдельные виды трансфузионных жидкостей можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители.

3. Форма № 009/у заполняется врачом, который проводит трансфузию.

4. В графах 1, 2 указываются номер по порядку и дата переливания.

5. В графу 3 вносятся сведения о том является данное переливание первичным или повторным.

6. В графах 4, 5 отмечаются фамилия, имя и отчество больного, а также возраст (если переливание производится детям до 1 года - указывается число месяцев, дней).

7. В графе 6 указывается номер медицинской карты стационарного больного.

8. В графе 7 отмечаются группа крови и резус-принадлежность больного.

9. В графе 8 отмечается результат биологической пробы; в графе 9 - результат индивидуальной пробы.

10. В графе 10 указываются показания к переливанию трансфузионных жидкостей.

11. В графах 11-14 отмечаются сведения о трансфузионной жидкости, а именно: кровь (групповая и резус-принадлежность), компоненты крови (групповая и резус-принадлежность), препараты крови, кровезамещающие жидкости (гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального белкового питания).

12. В графе 15 указывается доза перелитой трансфузионной жидкости в миллилитрах.

13. В графах 16, 17 отмечается паспорт флакона, где указываются номер этикетки (серия препарата, завод-изготовитель) и дата заготовки (выпуска препарата).

14. В графе 18 указывается способ переливания трансфузионной жидкости.

15. В графах 19, 20 отмечаются трансфузионные реакции и осложнения, которые наблюдались у больного во время проведения трансфузии.

16. В графе 21 отмечаются фамилия и подпись врача, который проводил трансфузию.

17. Каждая трансфузия, кроме этого журнала, должна быть зафиксирована в учетной форме № 005/у "Листок регистрации переливания трансфузионных жидкостей", утвержденной этим приказом, который в свою очередь вклеивается в медицинскую карту стационарного больного.

18. На основании данных формы № 009/у ежегодно заполняется таблица 3300 "Трансфузии крови, ее компонентов, препаратов и кровезамещающих жидкостей" отчетной формы № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 \_\_\_\_ год".

19. В случае ведения формы № 009/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится на утвержденном бумажном носителе.

20. Срок хранения формы № 009/у - 5 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой