

**НАРЕДБА № 29 ОТ 19 ЮЛИ 2004 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА СЪСТАВЯНЕ,
ОБРАБОТВАНЕ, СЪХРАНЯВАНЕ И ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА ОТ
РЕГИСТЪРА ПО ЧЛ. 36 ОТ ЗАКОНА ЗА КРЪВТА, КРЪВОДАРЯВАНЕТО И
КРЪВОПРЕЛИВАНЕТО И ЗА ФОРМИТЕ НА ДОКУМЕНТАЦИЯТА**

ИЗДАДЕНА ОТ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обн. ДВ. бр.82 от 21 Септември 2004г.

Глава първа.
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С наредбата се уреждат:

1. условията и редът за съставяне, обработване, съхраняване и предоставяне на информацията от регистъра по чл. 36 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (ЗККК);
2. формите на документацията по даряване, вземане, диагностика, преработване, разпределение, употреба и унищожаване на кръв и кръвни съставки и за съобщаване на сериозните нежелани реакции и сериозните инциденти.

Чл. 2. (1) Регистърът се създава от Националния център по хематология и трансфузиология (НЦХТ) и представлява база данни, която включва информация относно:

1. донорите;
 2. реципиентите;
 3. всяка единица взета кръв и кръвни съставки;
 4. дейностите по вземане, диагностика, преработване, етикетиране, документиране, разпределяне, съхраняване и употреба на кръв и кръвни съставки;
 5. унищожаването на всяка единица кръв и причините за това.
- (2) На вписване подлежат предвидените в наредбата обстоятелства и последвалите промени в тях.

Чл. 3. (1) Информацията в регистъра се поддържа и съхранява на три нива, както следва:

1. първото ниво - към НЦХТ,

2. второто ниво - към централните за трансфузионна хематология (ЦТХ);
3. трето ниво - към областните многопрофилни болници за активно лечение с отделения по трансфузионна хематология (ОМБАЛ с ОТХ).

Чл. 4. (1) Първо ниво на регистъра включва информацията по чл. 2 за цялата страна.

(2) Второ ниво на регистъра включва информацията по чл. 2 за района, обслужван от центъра.

(3) Трето ниво на регистъра включва информацията по чл. 2 за областта, на територията на която е ОМБАЛ с ОТХ.

Чл. 5. Информацията в регистъра се поддържа на електронен и хартиен носител.

Глава втора.

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА СЪСТАВЯНЕ, ОБРАБОТВАНЕ И СЪХРАНЯВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА ОТ РЕГИСТЪРА

Чл. 6. (1) Информацията по чл. 2, ал. 1, т. 1 се предоставя по образец - приложение № 1, и включва данни за:

1. наименование на лечебното заведение по чл. 15 ЗККК;
2. лични данни на донора (име, презиме, фамилия, ЕГН, домашен адрес, телефон);
3. данни от клиничния преглед и лабораторните изследвания;
4. причини и срок на отхвърляне;
5. кръвна група, разширена кръвна група (ако има определена такава);
6. данни за кръводаряването (идентификационен номер на единицата, количество, усложнения);
7. резултати от направените изследвания на единицата кръв.

(2) Информацията по чл. 2, ал. 1, т. 2 се предоставя по образец - приложение № 2, и включва данни за:

1. наименование на лечебното заведение, където е извършено преливането на кръв и кръвни съставки (название, адрес, клиника/ отделение, стая/легло);
2. лични данни на реципиента (име, презиме, фамилия, ЕГН, № на история на заболяването, диагноза);
3. изследвания на реципиента, определящи необходимостта от преливане на кръв и кръвни съставки;
4. данни за прелятата кръв и/или кръвна съставка (вид и количество, идентификационен номер на единицата, кръвна група, срок на годност, номер на фиш за съвместимост);
5. данни за кръвопреливането (дата на преливането, наличие и вид на следкръвопреливна реакция, ако има такава, изход).

(3) Информацията по чл. 2, ал. 1, т. 3 се предоставя по образец - приложение № 1, и включва данни за:

1. уникалния идентификационен номер на всяка единица взета кръв;
2. резултатите от диагностиката на всяка единица дарена кръв;
3. резултатите от преработката на всяка единица взета кръв.

(4) Информацията за дейностите по чл. 2, ал. 1, т. 4 и 5 се предоставя по образец - приложение № 3, и включва данни за:

1. общ брой донори по видове и възраст;
2. количество взета кръв;
3. количество преработена кръв;
4. количество получени кръвни съставки;
5. обобщени резултати от диагностиката на всяка единица взета кръв;
6. количество изтеглени от употреба и унищожени кръв и кръвни съставки по причини;
7. количество прелята кръв и кръвни съставки в лечебните заведения и диспансерите с легла;
8. брой на настъпилите реакции и усложнения при кръвопреливане;
9. наличност на безвъзмездно предоставени от МЗ медицински изделия за вземане и диагностика на кръв и кръвни съставки.

Чл. 7. (1) В регистъра на първо ниво се включва, поддържа и съхранява информацията, предоставена по реда на ал. 2 и 3, и информацията по чл. 2, ал. 1, т. 1, 3, 4 и 5, получена в резултат на дейността на НЦХТ по ЗККК.

(2) Информацията за включване в регистъра на първо ниво се предоставя от ЦТХ на НЦХТ, както следва:

1. информацията по чл. 2, ал. 1, т. 1, 2 и 3 - веднъж седмично;
2. информацията по чл. 2, ал. 1, т. 4 и т. 5 - веднъж месечно, до 10-о число на месеца, следващ този на извършване на дейностите.

(3) Информацията по ал. 2 съдържа обобщените данни за района, обслужван от центъра.

Чл. 8. (1) В регистъра на второ ниво се включва, поддържа и съхранява информацията, предоставена по реда на ал. 2 и 3, и информацията по чл. 2, т. 1, 3, 4 и 5, получена в резултат на дейността на съответния ЦТХ по ЗККК.

(2) Информацията за включване в регистъра на второ ниво се предоставя от ОМБАЛ с ОТХ на ЦТХ, в чийто район на обслужване попада ОМБАЛ с ОТХ, както следва:

1. информацията по чл. 2, ал. 1, т. 1, 2 и 3 се предоставя по график, установен между ръководителя на ОМБАЛ и директора на ЦТХ, не по рядко от два пъти седмично за информацията по приложение № 1 и не по-рядко от веднъж седмично за информацията по приложение № 2;

2. информацията по чл. 2, ал. 1, т. 4 и т. 5 се предоставя веднъж месечно, до 5-о число на месеца, следващ този на

извършването на дейностите.

(3) Информацията по ал.2 съдържа обобщените данни, постъпили от лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите с легла на територията на съответната област.

Чл. 9. (1) В регистъра на трето ниво се включва, поддържа и съхранява информацията, предоставена по реда на ал. 2, 3 и 4, и информацията по чл. 2, получена в резултат на дейността на ОМБАЛ с ОТХ по ЗККК.

(2) Информацията за включване в регистъра на трето ниво се предоставя от лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите с легла на територията на ОМБАЛ с ОТХ.

(3) Информацията по чл. 2, ал. 1, т. 2 се предоставя по график, установен между ръководителя на ОМБАЛ и ръководителя на лечебното заведение, извършило преливане на кръвни съставки, но не по-рядко от веднъж седмично.

(4) Информацията по чл. 2, ал. 1, т. 4 и 5 се предоставя веднъж месечно, до първо число на месеца, следващ този на извършването на дейностите.

Чл. 10. (1) Лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите със стационар, които попадат в района на обслужване на НЦХТ, предоставят на центъра данните по чл. 2 за включване в първо ниво на регистъра.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите със стационар, намиращи се на територията на област, в която има ЦТХ, предоставят данните по чл. 2 на ЦТХ за включване във второ ниво на регистъра.

(3) Информацията по ал. 1 и 2 съдържа данните, получени в резултат на дейността, която съответното лечебно заведение има право да извършва по ЗККК.

Чл. 11. Информацията по чл. 10 се предоставя:

1. на НЦХТ - в сроковете по чл. 7, ал. 2;

2. на ЦТХ - в сроковете по чл. 8, ал. 2, като за информацията по чл. 8, ал. 2, т. 1 графикът се установява между ръководителя на съответното лечебно заведение и директора на ЦТХ.

Глава трета.

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ ОТ РЕГИСТЪРА

Чл. 12. Право да включват информация в регистъра на определено ниво и да предоставят информация за включване на регистъра на по-горно ниво имат длъжностни лица, определени със заповед на ръководителя на съответното лечебно заведение.

Чл. 13. (1) Достъп до информацията по чл. 2 в регистъра на първо и второ ниво имат:

1. длъжностни лица от Министерството на здравеопазването, определени със заповед на министъра;
2. директорите на ЦТХ;
3. длъжностни лица от ЦТХ, определени със заповед на директорите;
4. донор или неговия законен представител или попечител за информацията, свързана с неговото здравословно състояние;
5. реципиент или неговия законен представител или попечител за информацията, свързана с неговото здравословно състояние.

(2) Право да включват информация в регистъра на тези нива имат лицата по ал. 1, т. 3.

(3) Достъп до информацията по чл. 2 в регистъра на трето ниво имат:

1. длъжностни лица от Министерството на здравеопазването, определени със заповед на министъра;
2. директорите на централните за трансфузионна хематология;
3. длъжностни лица от централните за трансфузионна хематология, определени със заповед на директорите;
4. ръководителите на МБАЛ с ОТХ и началниците на ОТХ;
5. лекар и/или служител, определен със заповед на лицата по т. 4, за информацията, съхранявана от ОМБАЛ;
6. донор или неговият законен представител или попечител за информацията, свързана с неговото здравословно състояние;
7. реципиент или неговият законен представител или попечител за информацията, свързана с неговото здравословно състояние.

(4) Право да включват информация в регистъра на тези нива имат лицата по ал. 3, т. 4 и 5.

Чл. 14. (1) Информацията, включена в регистъра на всяко ниво, е служебна тайна.

(2) Лицата по чл. 12 и 13 подписват декларация да пазят в тайна обстоятелствата по чл. 36, ал. 1 ЗККК, които са им станали известни по служба.

(3) Декларацията се подписва съгласно образец (приложение № 4).

(4) В случаите по чл. 12, чл. 13, ал. 1, т. 1 и 3, и ал. 3, т. 1, 3 и 5 декларацията се подписва едновременно с връчването на заповедта.

(5) В случаите по чл. 13, ал. 1, т. 2 и ал. 3, т. 2 и 4 декларацията се подписва едновременно със заемането на съответната длъжност.

Глава четвърта. ФОРМИ НА ДОКУМЕНТАЦИЯТА

Чл. 15. (1) Определят се форми на документацията по даряване и вземане на кръв и кръвни съставки съгласно приложения № 5, 6, 7, 8 и 9.

(2) Определят се форми на документацията по диагностика на взетата кръв съгласно приложения № 10 и 11.

(3) Определя се форма на документацията по преработване на взетата кръв съгласно приложение № 12.

(4) Определят се форми на документацията за разпределяне на преработената кръв и кръвни съставки съгласно приложения № 13, 14 и 15.

(5) Определят се форми на документацията по употреба на кръв и кръвни съставки съгласно приложения № 16 и 17.

(6) Определят се форми на документацията за съобщаване на сериозните нежелани реакции и сериозните инциденти съгласно приложения № 18 и 19.

(7) Определя се форма на документацията за изтегляне от употреба, предоставяне за учебни или научно-медицински нужди и унищожаване на кръв и кръвни съставки съгласно приложение № 20.

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 1. Лицата по чл. 12, чл. 13, ал. 1, т. 1 и 3, ал. 3, т. 1, 3 и 5 се определят в 7-дневен срок от влизане в сила на наредбата.

§ 2. Лицата, които към датата на влизане в сила на наредбата заемат длъжностите по чл. 13, ал. 1, т. 2 и ал. 3, т. 2 и 4, подписват декларация в седемдневен срок от влизане в сила на наредбата.

§ 3. Наредбата се издава на основание чл. 37 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането.

§ 4. Наредбата влиза в сила от датата на обнародването ѝ в "Държавен вестник".

Приложение № 1 към чл. 6, ал. 1

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ДОНОРИТЕ

от които са взети кръв и кръвни съставки през периода.....

В

(вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15 ЗККК)

		Име				Адрес					
№	дата	ID / ЕГН	име	презиме	фамилия я	фамилия 2	гр. / село	п.код	община	адрес	телефон

Дата:

Директор / Управител:

.....
на
.....

(вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15
ЗККК)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ДОНОРИТЕ

от които са взети кръв и кръвни съставки през периода

В

(вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15 ЗККК)

	RR		Заключение	Отхвърляне	Резултати от кръводаряване
--	----	--	------------	------------	----------------------------

№	ID / EGH	хемоглобин	t	долна граница	горна граница	други лабораторни изследвания	допус-се / не се допус-ка	да/не	трайно / временно	за срок	причини	ID N на единица	вид сак	LOT на сак	проведено / непроведено	причини	количество кръв в мл
---	----------	------------	---	---------------	---------------	-------------------------------	---------------------------	-------	-------------------	---------	---------	-----------------	---------	------------	-------------------------	---------	----------------------

Дата:

Директор / Управител:

на

.....

 (вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15 ЗККК)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ДОНОРИТЕ

от които са взети кръв и кръвни съставки през периода

В

(вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15 ЗККК)

			Имунохематология				Трансмасивни инф.				Резултат от преработка			
№	ID / EGH	ID N на единица	ABO	RhD	антитела	др.	СПИН	хепатит В	хепатит С	сифилис	1	2	3	4

Дата:

Директор / Управител:

.....

на

.....
(вписва се наименованието на ЛЗ по чл. 15
ЗККК)

* Забележка. Лечебните заведения, които съгласно ЗККК нямат право да извършват диагностиката и преработката на кръв и кръвни съставки, попълват графите, в които е предвидено да се вписват данни за тези дейности, с "х".

Приложение № 2 към чл. 6, ал. 2

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РЕЦИПИЕНТИТЕ

на които е извършено преливане на кръв и кръвни съставки през периода

в

(вписва се наименованието на ЛЗ)

ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА																
№	ЕГН	име	президе	фамилия	фамилия 2	ИЗ №	лечебно заведение	адрес	отделение	стая	легло	ABO	RhD	анти-тела	др.	диагноза

Дата:

Директор / Управител:
на
(вписва се наименованието на ЛЗ)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РЕЦИПИЕНТИТЕ
на които е извършено преливане на кръв и кръвни съставки през периода
в
(вписва се наименованието на ЛЗ)

Данни за пациента				Данни за кръвопреливането										Реакции	
№	ЕГН	диагноза	лабораторни изследвания, налагащи кръвопреливане	№ на фиш за съвместимост	продукт	ID N на единица	ABO	RhD	анти-тела	др.	количество в мл	годна до дата:	прелята на дата:	да / не	вид на реакцията

Дата:

Директор / Управител:
на
.....
(вписва се наименованието на ЛЗ)

МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ

НА В ГР.

(Вписва се наименованието на лечебното заведение по чл. 15 ЗККК)

ЗА МЕСЕЦ 2 г.

* Забележка: Лечебните заведения, които съгласно ЗККК нямат право да извършват вземане, диагностика и преработка на кръв и кръвни съставки, попълват графите от приложението, в които е предвидено да се вписват данни за тези дейности с "х".

I. Донори

1. Брой и видове донори

	За ЦТХ					В ОТХ					
	градско население		селско население		общо	градско население		селско население		общо	общо
	мъже	жени	мъже	жени	за ЦТХ	мъже	жени	мъже	жени	за ОТХ	за района
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Брой прегледани кандидат-донори

Брой отпаднали по медицински показания - общо

От тях - временно отложени

Трайно отпаднали - общо

Отпаднали заради трансмисивни инфекции

Брой кръводарители

Брой донори

Общ брой донори

Брой кръводарители - близки и родственици

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Брой кръводарители военно-служещи		
Брой кръводарители, дарили за първи път		
Брой редовни кръводарители (без прекъсване повече от 2 години)		
Брой повторни кръводарители (с прекъсване повече от 2 години)		
Брой донори, дали кръв на стационарен екип		
Брой донори, дали кръв на подвижен екип		
2. Брой на акциите**		
2.1. стационарни		
2.2. подвижни		

** "Акция" е работата на служителите от ЛЗ по чл. 15 ЗККК в един пункт за кръводаряване (в т. ч. и в стационарния кабинет за кръводаряване) на една дата.

3. Възрастово разпределение на донорите

Донори	До 20 год.	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	Над 60 год.	Всичко
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Мъже

Жени

Общо

4. Вземане на плазма в центъра

	Градско население		Селско население		Общо за ЦТХ
	мъже	жени	мъже	жени	
1	2	3	4	5	6
Брой донори на плазма чрез плазмафереза					
Брой плазмаферези					
Количество плазма, получено чрез плазмафереза					

5. Вземане на кръвни съставки

	Градско население		Селско население		Общо за ЦТХ
	мъже	жени	мъже	жени	
1	2	3	4	5	6
Брой донори на кръвни съставки					
Брой аферези					

6. Вземане на кръв чрез автохемотрансфузия

6.1. Предоперативно вземане на кръв

	Градско население		Селско население		Общо за ЦТХ
	мъже	жени	мъже	жени	
1	2	3	4	5	6
Брой пациенти					
Брой взети единици					
Количество взета кръв в литри					
Брой прелети единици					

6.2. Предоперативна остра нормоволемична хемодилуция

цитен концен- трат от цяла кръв								X	X		
8 Тром- боцитен концен- трат чрез афереза								X	X		
Всичко											

IV. Реакции и усложнения при кръвопреливане

Вид реакция	Брой реакции при преливане на:									Общ брой реакции
	глюкозо- цитратна кръв	еритроци - тен кон- центрат	обезлев- коцитен еритроци - тен кон- центрат	друг ерит- роцитен концен- трат	плазма без ла- билни коагула- ционни фактори	прясно замра- зена плазма	тромбо- цитен концен- трат от афереза	тромбо- цитен концен- трат от единица кръв	авто- ложни единици	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Втрисане

Фебрилитет

Алергични

Анафилактични

Посттрансфу-
зионна пурпура

Хемолитични

Имунизация

Свързано с
преливането
остро увреж-
дане на бели
дробове

Хемотрансфу-
зионен шок

Белодробен
оток

Инфекциозни

Хемосидероза

Общ брой
реакции

V. Нежелани реакции по време и след кръводаряване (кръвопреливане)(НРПСК):

	Брой реакции	Брой лица
1. Общ брой нежелани реакции и усложнения:		
От тях:		
1.1. Локални реакции:		
1.1.1. Неуспешна венепункция		
1.1.2. Хематом		
1.1.3. Локална подкожна инфекция		
1.1.4. Локална алергична реакция		
1.1.5. Инцидентно пунктиране на артерия		
1.1.6. Други		
1.2. Системни реакции:		
1.2.1. Леки (без загуба на съзнание)		
1.2.2. Средно тежки (синкопални)		
1.2.3. Тежки (конвулсивни)		
1.3. Инциденти:		
1.3.1. Наранявания		

1.9.	Други изследвания		
2.	Имунохематологични изследвания на пациенти - общо		
В т. ч.:			
2.1.	Определяне на кръвни групи по АВО системата		
2.2.	Определяне на D антиген от системата Rhesus		
2.3.	Определяне на Rh фенотип		
2.4.	Определяне на антигени от други еритроцитни кр.групови системи		
2.5.	Изследване на ало- и автоантиеритроцитни антитела		
2.6.	Определяне на специфичността на ало- и автоантиеритроцитни антитела		
2.7.	Титър ало- и автоантиеритроцитни антитела		
2.8.	Имунохематологични изследвания при ХБН		
2.9.	Изследвания на тромбо- и левкоантитела		
2.10.	Изследвания за съвместимост		
2.11.	Паспортизиране на граждани		
2.12.	Други изследвания		
3.	Контролни изследвания на кръв и кръвни съставки - общо		
В т. ч.:			
3.1.	Контрол на обем		
3.2.	Контрол на хематокрит		
3.3.	Контрол на хемоглобин		
3.4.	Контрол на % хемолиза		
3.5.	Контрол на остатъчни клетки - левкоцити		
3.6.	Контрол на остатъчни клетки - тромбоцити		
3.7.	Контрол на рН		
3.8.	Контрол на фактор VIII		
3.9.	Бактериологичен контрол		

VII. Изтеглени от употреба и унищожени кръв и кръвни съставки по причини

	Трансмисивни инфекции	Изтекъл срок	Технически брак	Всичко
--	-----------------------	--------------	-----------------	--------

	HIV		HbsAg		HCV		сифилис ТРНА		сифилис Хлор- холин				нестан- дартни единиц и		атипична аглути- нация		нарушена херме- тичност			
	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.	л.	ед.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

1. Глюкозоцитратна
кръв

2. Еритроцитен
концентрат

3. Еритроцитен кон-
центрат без тром-
боцитолевкоцитна
пелена

4. Промит еритроци-
тен концентрат

5. Плазма без лабил-
ни фактори на
кръвосьсирването

6. Прясно замразена
плазма

7. Богата на тромбо-
цити плазма

8. Тромбоцитен кон-
центрат от цяла
кръв

Общо			X		X		X		X				X		X		X		X
------	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---

Забележка: Количествата изтеглени от употреба и унищожени кръв и кръвни съставки, посочени в предходните раздели, трябва да отговарят на количествата, посочени в настоящата таблица!

Дата:

Изготвил:

(Име, фамилия, подпис)

Директор/Управител

.....

(вписва наименованието на ЛЗ по чл. 15 ЗККК)

СВЕДЕНИЕ

За разхода на тестове за трансмисивни инфекции през м.

В (Р)ЦТХ

	За анти-HIV антитела	За HbsAg	За анти-HCV антитела	Сифилис
1	2	3	4	5
1. Наличност на тестове на 1-во число от месеца				
2. Получени тестове през месеца *				
3. Първично изследвани единици кръв				
4. Предварително изследвани донори				
5. Първично амбулаторно изследвани граждани				
6. Повторения				
7. Контроли				
8. Тестове, изразходвани за вътрешен контрол				
9. Тестове, дадени на други центрове **				
10. Първично положителни				
11. Повторно положителни				
12. Потвърдени				
13. Бракувани тестове				
13.1. технологичен брак (невалидни серии, процедурни грешки, неефективен разход)				
13.2. изтекъл срок на годност				
13.3. други причини				
14. Потвърдителни	X		X	X
15. Разход на тестове за изследвания (p3+p4+p5+p6+p7+p8+p13)				
16. Общ разход на тестове (p9+p12+p14)				
17. Остатък (p1+p2 - p15) ***				

* Вписват се само тестовете, разпределени за съответния център !

** Вписват се тестовете от собствения фонд, дадени на други ЦТХ.

$(p1+p2 - p6) *$

* $p1+p2 = p7+p8$

Забележка: В р5 се вписват саковете, бракувани поради каквито и да било причини преди или по време на осъществяване на кръво вземането. Всички останали сакове, бракувани след осъществяване на кръво вземането, се бракуват като единици цялостна кръв или кръвни компоненти.

Изготвил:

Директор ЦТХ:

Дата:

СВЕДЕНИЕ

За разхода на пластмасови сакове за кръво вземане през м.

В (Р)ЦТХ

Разход на тест-серуми за имунохематологично изследване по централна доставка

Вид	Налични на 1-во число на месеца (мл)	Получени през месеца (мл)	Брой изслед- вания	Изразход- вани тест- серуми (мл)	Тест- серуми, дадени на други центрове (мл)	Остатък (мл) (к2+к3 - к5 - к6)
1	2	3	4	5	6	7

A monoclonal

B monoclonal

A+B monoclonal

D monoclonal

C monoclonal

c monoclonal

E monoclonal

e monoclonal

Kell monoclonal

AB0

Kell Cellano

M

N

P1

S

s

Jk(a)

Jk(b)

Lu(a)

Lu(b)

Fy(a)

Fy(b)

Le(a)

Le(b)

GLOBULIN POLYSP.

GLOBULIN ANTI+COMPL.

GLOBULIN ANTI IGG

Разход на касети BIOVIE

Вид	Налични на 1-во число на месеца (бр.)	Получени през месеца (бр.)	Брой изслед- вания	Изразход- вани тест- серуми (мл)	Тест- серуми, дадени на други центрове (мл)	Остатък (бр.) (к2+к3 - к5 - к6)
1	2	3	4	5	6	7

BioVie AB0/D

BioVie Reverse

BioVie AHG polysp.

Изготвил:

Директор ЦТХ:

Дата:

ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ,

л. к. №, издадена на

ОТ, длъжност

Като лице по чл. от Наредбата за условията и реда за съставяне, обработване, съхраняване и предоставяне на информацията от регистъра по чл. 36 от Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането и формите на документацията декларирам, че се задължавам да пазя в тайна обстоятелствата по чл. 23, 35 и чл. 36, ал. 1 ЗККК, които са ми станали известни при извършване на дейности по ЗККК.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

Приложение № 5 към чл. 15, ал. 1

Декларация за информирано съгласие
на донор

Уважаеми господине / госпожо,

Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу. Вие имате право да получите от ръководителя на екипа, който Ви взема кръв, всякаква информация за същността, значението и обхвата на процедурата "вземане на кръв", рисковете за Вас и за реципиента (приемателя) на Вашата кръв, която информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

Долуподписаният

.....,
с ЕГН

ДЕКЛАРИРАМ

следното:

1. Разяснено ми е, че при предстоящото вземане на кръв (вземане на кръвни съставки чрез афереза) количеството взета кръв (взетата кръвна съставка) ще бъде със стандартен обем 450 мл (..... мл).
2. Разяснено ми е, че клиничната оценка на състоянието ми позволява да бъда донор на кръв (на кръвна съставка).
3. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да бъда донор на кръв (на кръвна съставка).
4. Получил съм достатъчно информация за процедурите "кръвовземане" и "кръвопреливане".
5. Уведомен съм, че взетата от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за кръвна група по АВ0 и Rh системата.
6. Уведомен съм също, че взетата от мен единица кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за маркери на трансмисивни инфекции и при положителен резултат за който и да е от тях взетата от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде унищожена, пробите и всички мои данни ще бъдат изпратени в съответните референтни лаборатории и аз ще бъда изключен от регистъра на донорите.
7. Известно ми е, че макар и малко вероятно, може да възникне вазо-вагална реакция (колапс) по време или непосредствено след кръвовземането, да се образува хематом на мястото на убождането или венепункцията да бъде неуспешна.
8. Не са ми известни причини, поради които взетата от мен кръв да може да причини сериозни усложнения у приемателя, като сифилис, хепатит В, хепатит С и СПИН.

Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

Съставено в

.....
.....

(обект, лечебно заведение, отделение)

гр.

в часа на дата Подпис или знак:

.....

Приложение № 6 към чл. 15, ал. 1

Декларация за информирано съгласие
на кръводарител

Уважаеми господине / госпожо,

Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу.

Вие имате право да получите от ръководителя на екипа, който Ви взема кръв, всякаква информация за същността, значението и обхвата на процедурата "кръводаряване", рисковете за Вас и за реципиента (приемателя) на Вашата кръв, която информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

Вие нямате право да получите от когото и да било парично заплащане или компенсация от никакъв род, които да ви се дадат или предложат с оглед получаването на съгласието Ви за кръводаряване.

Долуподписаният

.....,

с ЕГН

ДЕКЛАРИРАМ

следното:

1. Разяснено ми е, че при предстоящото кръводаряване (даряване на кръвни съставки чрез апаратна афереза) количеството взета кръв (взетата кръвна съставка) ще бъде със стандартен обем 450 мл (..... мл).
2. Разяснено ми е, че клиничната оценка на състоянието ми позволява да бъда кръводарител (дарител на кръвна съставка).
3. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да бъда дарител на кръв (на кръвна съставка).
4. Получил съм достатъчно информация за процедурите "кръвовземане" и "кръвопреливане".
5. Уведомен съм, че дарената от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за кръвна група по АВ0 и Rh системата.
6. Уведомен съм също, че дарената от мен единица кръв (кръвна съставка) ще бъде изследвана за маркери на трансмисивни инфекции и при положителен резултат за който и да е от тях дарената от мен кръв (кръвна съставка) ще бъде унищожена, пробите и всички мои данни ще бъдат изпратени в съответните референтни лаборатории и аз ще бъда изключен от регистъра на донорите.
7. Известно ми е, че макар и малко вероятно, може да възникне вазо-вагална реакция (колапс) по време или непосредствено след кръвовземането, да се образува хематом на мястото на убождането или венепункцията да бъде неуспешна.
8. Не са ми известни причини, поради които взетата от мен кръв да може да причини сериозни усложнения у приемателя, като сифилис, хепатит В, хепатит С и СПИН.

Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

Съставено в

.....
.....

(обект, лечебно заведение, отделение)

гр.

в часа на дата Подпис или знак:
.....

Приложение № 7 към чл. 15, ал. 1

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ДОНОРА

Аз

трите имена на кандидат-донора

Възраст ЕГН гр. (с.)

Област/ул./ж.к..... № бл. вх. ап.

Мобилен тел. Домашен тел. Служебен тел.

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ РАЗБИРАМ И ОТГОВАРЯМ ИСКРЕНО НА СЛЕДНИТЕ ВЪПРОСИ:

№	Въпрос	Моля заградете верния отговор	
1.	Чувствате ли се здрав?	ДА	НЕ
2.	Давали ли сте досега кръв? Ако ДА, кога за последен път?	ДА	НЕ
3.	Имате ли рискови професии или хобита?	ДА	НЕ
4.	За жени: била ли сте бременна през последната година?	ДА	НЕ
5.	Казвали ли са Ви по-рано, че не бива да дарявате кръв?	ДА	НЕ
6.	Преливали ли са Ви кръв и кръвни съставки? Ако ДА, кога?	ДА	НЕ
7.	Имали ли сте напоследък немотивирана температура, отслабване на тегло, увеличаване на лимфни възли?	ДА	НЕ
8.	Приемате ли в момента някакви лекарства, включително аспирин?	ДА	НЕ
9.	Имате ли скорошни имунизации, зъболечение?	ДА	НЕ
10.	От последното Ви даряване или в предшестващите 12 месеца имали ли сте:		

	хирургична интервенция	ДА	НЕ
	татуировка, боди пирсинг, акупунктура	ДА	НЕ
	случайно нараняване, включващо експозиция с кръв чрез убождане с игла или през мукозни мембрани	ДА	НЕ
	инвазивни медицински изследвания	ДА	НЕ
11.	Боледували ли сте от:		
	жълтеница	ДА	НЕ
	малария	ДА	НЕ
	туберкулоза	ДА	НЕ
	ревматизъм	ДА	НЕ
	сърдечно заболяване, високо или ниско кръвно налягане	ДА	НЕ
	алергия, астма	ДА	НЕ
	гърчове или заболявания на нервната система	ДА	НЕ
	хронични заболявания като диабет или други ендокринни заболявания	ДА	НЕ
	злокачествени заболявания	ДА	НЕ
12.	Прочетохте ли и разбрахте ли информацията за СПИН и хепатит?	ДА	НЕ
13.	Инжектирали ли сте си някога наркотици?	ДА	НЕ
14.	Преценявате ли, че сте имали поведение, излагащо Ви на риск от заразяване от СПИН и други болести, предавани се по полов и/или кръвен път (случайни полови контакти, честа смяна на сексуалните партньори, сексуални контакти с проституиращи или наркомани)?	ДА	НЕ
15.	Имали ли сте полово преносимо заболяване?	ДА	НЕ
16.	Имали ли сте контакт с хепатит (в семейна среда или професионално)?	ДА	НЕ
17.	Роден ли сте или живял ли сте и/или пътувал в чужбина? къде кога	ДА	НЕ

Съставено в.....
(обект, лечебно заведение, гр.)

Подпис или знак на донора:

Подпис на мед. лице

КАРТА ЗА КРЪВОДАРЯВАНЕ
(КРЪВОВЗЕМАНЕ) №

ЕГН:	ИМЕ	ПРЕЗИМЕ	ФАМИЛИЯ	ДРУГИ ИМЕНА	ДАТА НА РАЖДАНЕ
МЕСТОРОЖДЕНИЕ				ПОЛ	
ДОМ АДРЕС					
СЛУЖ. АДРЕС					
ТЕЛЕФОН					
Забележка:					

Вид на кръводаряването

(цяла кръв, афереза и т.н.) (донори/дарители)

Данни за болното лице, ако кръводаряването е за близък:

Контрагент	<input type="text"/>	ЕГН на болен	<input type="text"/>	Ориентирана кръвна група Регистрирал групата:
Имена на болен	<input type="text"/>			
Медицинско заведение	<input type="text"/>			
Допълнителни данни	<input type="text"/>			
Дата на регистрация	<input type="text"/>			
Извършил регистрацията	<input type="text"/>			
Местоположение на сесията	<input type="text"/>			
Изпълнител на сесията	<input type="text"/>			

Статус на прихода от тази сесия (външен - с маркер/вътрешен - без маркер)

Освидетелстване

Освидетелстване

Изследване	Резултат	Извършил
1. кръвно налягане		
2. температура		
3. пулс		
4. хемоглобин		

Изследване	Резултат	Извършил
1.		
2.		
3.		
4.		

Причини за временно отстраняване	Причини за постоянно отстраняване	Потвърждаване на резултати
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Потвърден <input type="checkbox"/>
		Непотвърден <input type="checkbox"/>

Номер кръводаряване (кръвовземане)	Дата и час на кръводаряване (кръвовземане)	Извършил	Стандартна да / не	Количество в мл	Продължителност

Дата:

Подпис (лекар):

Подпис (лаборант):

Подпис (мед. сестра):

КАРТА ЗА КРЪВОДАРЯВАНЕ
(КРЪВОВЗЕМАНЕ) №

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗОСЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна група	RhD	Антигенна формула	Аглутиници	Титър	Наличие на антитела

Дата: Подпис (лекар):..... Подпис (лаборант):

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ТРАНСМИСИВНИ ИНФЕКЦИИ

Анти- HIV	Отчет	HbsAg	Отчет	Анти-HCV	Отчет	Сифилис	Отчет	Отчет

Дата: Подпис (лекар):..... Подпис (лаборант):

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОИЗВОДСТВО

Номер	Кръвен продукт	Тегло в мл	Срок на годност (дата)	Проверил:

Дата:

Подпис (лекар):.....

Подпис (лаборант):

ЕТИКЕТИРАНЕ

Дата:
(име, подпис)


Мед.сестра:
(име, подпис)

Лекар:.....

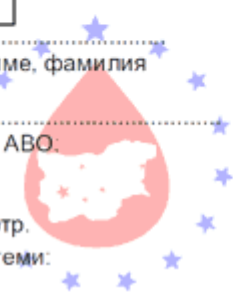
ЗАБЕЛЕЖКИ:

Дата	Място на кръводаряване (кръвовземане)	Мл	Подпис

.....
лечебно заведение по чл. 15



КАРТА НА ДОНОР НА КРЪВ

Снимка	Ид. №		
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Име, презиме, фамилия ЕГН Адрес: Кр. група ABO: Rh (D) Фенотип Kell: (—) отр. Други системи:</p>			

Дата	Място на кръводаряване (кръвовземане)	Мл	Подпис

Приложение № 10 към чл. 15, ал. 2

ПРОТОКОЛ ЗА ДИАГНОСТИКА НА ВЗЕТА КРЪВ В ИМУНОХЕМАТОЛОГИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ

№ ДАТА

№ по ред	Номер на САК	Кръвна група	RhD	Антигенна формула	Аглутиници	Титър	Наличие на антитела
----------	--------------	--------------	-----	-------------------	------------	-------	---------------------

Кръвната проба е получена в имунохематологичната лаборатория на год. в часа
Получил пробата

РЕЗУЛТАТ ОТ имунохематологично изследване № от год.

АНТИЕРИТРОЦИТНИ АНТИТЕЛА:

Автоантитела

.....

Фиксирани

.....

Свободни

.....

Антилевкоцитни антитела

.....

Други изследвания

.....

.....

.....

Заклучение:

.....

.....

.....

Алоантитела

.....

Титър

.....

Специфичност

.....

Антитромбоцитни антитела

.....

Приложение № 14 към чл. 15, ал. 4

ФИШ

ЗА IN VITRO СЪВМЕСТИМОСТ

№ / год.

Кръвна проба, етикетирана на името на:

..... на ГОДИНИ
ЕГН ИЗ № от година

Кръвна група	RhD	Rh фенотип

Други антиеритроцитни антигени:

Е СЪВМЕСТИМА С КРЪВ ОТ ЕДИНИЦИ:

1.	КР. ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
2.	КР. ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
3.	КР. ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
4.	КР. ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	
5.	КР. ГРУПА		РЕЗУС ФАКТОР	

ПО МЕТОДИТЕ:

1. ДИРЕКТНА ПРОБА
2. ЕНЗИМЕН ТЕСТ
3. ИНДИРЕКТЕН АНТИГЛОБУЛИНОВ ТЕСТ

ЗАБЕЛЕЖКИ:

ИЗРАБОТИЛ:
(име, подпис)

ОТЧЕЛ:.....
(име, подпис)

Приложение № 15 към чл. 15, ал. 4

.....
....

(здр. заведение)

До ЦТХ (ОТХ)

.....
....

.....
....

(клиника / отделение)

ИСКАНЕ

за кръв, кръвни съставки

.....
....

.....
....

и плазмени продукти

(лекар, поискал кръвта)

Кръвта, кръвните съставки се
иска(т):

по спешност планово

Да се отпусне посоченото по-долу количество консервирана кръв, кръвни съставки, плазмени продукти на
болния:

..... на год.

ЕГН.....

ИЗ №с диагноза:

кървна група Rh фактор (фиш № от г. имунохем.
изследване)

стойности на хемоглобина:

други данни:

.....

№	Вид на искания кръвен продукт	ИСКА СЕ			Кр. група и Rh(D)	№ на сака	Коли- чества	Годен до
		кървна група и Rh(D)	коли- чество	лекар - име, подпис				
1	Цяла кръв							
2	Еритроцитен концентрат							
3	Обезлеукоцитен							

	еритроцитен концентрат							
4	Еритроцитен концентрат друг							
5	Тромбоцитен концентрат							
6	Плазма: Без лабилни фактори ПЗП							
7	Плазмени продукти							
8	Албумин							
9								

Да се направят проби за съвместимост да не

Искането е за г.

Получено на г.

Дата и час на експедиране:.....

Експедирал кръвта:

Получил искането:

Получил кръвта:

.....

Забележка: Искането се попълва в 3 (три) екземпляра.

Приложение № 16 към чл. 15, ал. 5

ТРАНСФУЗИОНЕН ЛИСТ
за преливане на кръв и кръвни съставки

име: на

години

кръвна група Rh фактор (фиш за имунохематологично изследване № от г.)

Диагноза: ИЗ №..... /

г.

Сърдечна зачервяване остра бъбречна недостатъчност
аритмия

Други: обрив шок
..... жълтеница загуба на съзнание
 друг: други:

Извършил преливането: сестра:

(име, подпис)

лекар:

(име, подпис)

ВНИМАНИЕ!

1. Преливай само след извършени изследвания за съвместимост!
2. При настъпила реакция или усложнение се попълва Форма за съобщаване на усложнения.....!
3. Сакът от прелятата кръв (кръвна съставка) се съхранява 24 часа!
4. Попълва се в 2 екземпляра - по един за ИЗ и ЦТХ!

Приложение № 17 към чл. 15, ал. 5

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕЛИВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ

Уважаеми господине (госпожо),

Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу. Вие имате право да получите от лекуващия лекар всякаква информация за процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки, обстоятелства, които я налагат, целта на преливането и очаквания резултат, възможните нежелани реакции, усложнения и потенциални рискове, свързани с преливането, алтернативните методи

на лечение и рисковете от тях, прогнозите, в случай че не ми се извърши кръвопреливане.

Тази информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

I. Долуподписаният

.....
.....,
с ЕГН

ДЕКЛАРИРАМ следното:

1. Получил съм достатъчно информация относно процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки ("кръвопреливане").
2. Получил съм достатъчно информация за причините, които налагат преливане на кръв и кръвни съставки.
3. Разяснена ми е целта на преливането и очаквания резултат.
4. Разяснено ми е, че при предстоящото преливане на кръв и кръвни съставки, независимо от всички предприети мерки е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения.
5. Разяснени са ми съществуващите алтернативи, техните възможности и последствия, произтичащи от тях.
6. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да ми бъде извършено преливане на кръв или кръвни съставки.

Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

*II. Декларирам, че подписвам декларацията като законен представител (попечител) на , ЕГН:

.....,
лицето, на което ще бъде прелята кръв (кръвна съ-
ставка) по мое съгласие.

Съставено в

.....
.....
.....

(обект, лечебно заведение, отделение)

гр.

в часа на дата Подпис или знак:

.....

*Раздел II на декларацията се попълва само в случай, че информираното съгласие се дава за лице, което е недееспособно.

Приложение № 18 към чл. 15, ал. 6

ФОРМА ЗА СЪОБЩАВАНЕ НА СЛЕДКРЪВОПРЕЛИВНА РЕАКЦИЯ

Пациент:	Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> възраст:	ИЗ N:
	Дата на кръвопреливане:	
	Време на появяване на реакцията след кръвопреливането: мин./ часа/	
	дни /год.	
	(останалата информация е поверителна и се съхранява само в болнична документация)	
Прелята съставка:	Вид: <input type="checkbox"/> ер. концентрат <input type="checkbox"/> тромбоцити <input type="checkbox"/> плазма <input type="checkbox"/> гранулоцити <input type="checkbox"/> алогенна <input type="checkbox"/> автоложна	
	Получаване: <input type="checkbox"/> от цяла кръв <input type="checkbox"/> афереза	
	Характеристики: <input type="checkbox"/> обезлеукоцитена <input type="checkbox"/> олъчена	

- карантинирана CMV отрицателна
 антигенно съвместима друга:

Място на експедиране: ЦТХ ОТХ кръвна банка

Симптоми и клинични / биологични белези на реакцията

Признаци	преди	след	Симптоми (1)	Симптоми (2)	Биологични
Температура °C	<input type="checkbox"/> дискомфорт	<input type="checkbox"/> болка в гърба	<input type="checkbox"/> положителна DAT
Кръвно налягане	<input type="checkbox"/> втрисане	<input type="checkbox"/> болка в гърдите/корема	<input type="checkbox"/> хипербилирубинемия
Пулс	<input type="checkbox"/> сърбеж	<input type="checkbox"/> гадене/повръщане	<input type="checkbox"/> ALT > 2N
Хемоглобинурия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> уртикария	<input type="checkbox"/> диспнея	<input type="checkbox"/> Други:
Сърдечна аритмия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> зачервяване	<input type="checkbox"/> остра бъбречна недостатъчност	
Други:		<input type="checkbox"/> обрив	<input type="checkbox"/> шок	
			<input type="checkbox"/> жълтеница	<input type="checkbox"/> загуба на съзнание	
			<input type="checkbox"/> друг:	<input type="checkbox"/> други:	

Заклучение или синдром (само едно за всяка форма)

Имунологични

- хемолиза АВ0
 хемолиза (ирегулярни антитела)
 имунизация срещу:
 еритроцитни А-ни гранулоцитни А-ни
 HLA IgA
 тромбоцитни А-ни
 Посттрансфузионна пурпура
 Алергия
 Анафактичен шок
 Свързано с преливането остро увреждане на белите дробове

- | Тежест |
|---|
| <input type="checkbox"/> 0. без усложнения
<input type="checkbox"/> 1. незабавен, не-застрашаващ живота
<input type="checkbox"/> 2. незабавен, животозастрашаващ
<input type="checkbox"/> 3. продължително боледуване
<input type="checkbox"/> 4. смърт |

- | Връзка на реакциите с кръвопреливането |
|--|
| <input type="checkbox"/> изключено
<input type="checkbox"/> възможно
<input type="checkbox"/> вероятно
<input type="checkbox"/> сигурно |

Инфекциозни

--

Бактериално контаминирана съставка
Микроорганизъм

- HIV
- HBV
- HCV
- CMV
- Друг агент

Други

- Нехемолитична треска
- Свързан с преливането GVHD
- Белодробен оток (сърдечна недостатъчност, претоварване)
- Хемосидероза

Друга свързана клинична информация:
(предшестващо състояние на пациента)

Изход за пациента:

Трансфузия	<input type="checkbox"/> операционна <input type="checkbox"/> интензивно отделение <input type="checkbox"/> ВО <input type="checkbox"/> ДО <input type="checkbox"/> АГ <input type="checkbox"/> ХО
Местоположение:	<input type="checkbox"/> амбулатория <input type="checkbox"/> друга
Време на деня:	<input type="checkbox"/> в работно време <input type="checkbox"/> нощна смяна <input type="checkbox"/> празник
Преливане на погрешна съставка: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Къде в процеса е възникнала грешката: (в лаборатория за съвместимост, в ЦТХ, ОТХ, кабинет, при доставяне/ предаване в отделението и т.н.)
Свързани затруднения:	<input type="checkbox"/> материовижиланс <input type="checkbox"/> фармаковижиланс <input type="checkbox"/> проблем с реактивите в л-ята

Приложение № 19 към чл. 15, ал. 6

ФОРМА
ЗА СЪОБЩАВАНЕ НА НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ ПО ВРЕМЕ И СЛЕД КРЪВОДАРЯВАНЕ (КРЪВОВЗЕМАНЕ)
(НРИСК)

ДАРИТЕЛ	ID/ ЕГН	Име	Презиме	Фамилия	Фамилия 2
---------	---------	-----	---------	---------	-----------

ДОНОР:	гр./с.	П.код	Община	Адрес:	
Място на даряване		дата	<input type="checkbox"/> ЦТХ	<input type="checkbox"/> ОТХ	<input type="checkbox"/> Подвижен екип

Локални реакции	Системни реакции	Инциденти
<input type="checkbox"/> неуспешна венепункция	<input type="checkbox"/> леки (без загуба на съзнание)	<input type="checkbox"/> наранявания <input type="checkbox"/> глава <input type="checkbox"/> тяло
<input type="checkbox"/> хематом		
<input type="checkbox"/> локална подкожна инфекция	<input type="checkbox"/> средно тежки (синкопални)	<input type="checkbox"/> други
<input type="checkbox"/> локална алергична кожна реакция		
<input type="checkbox"/> инцидентно пунктиране на артерия	<input type="checkbox"/> тежки (конвулсивни)	
<input type="checkbox"/> други		

НРПСК е изисквала:	НРПСК е довела до прилагане на:	Изход от НРПСК:
<input type="checkbox"/> терапевтична намеса при възникването	<input type="checkbox"/> общи лечебни методи	<input type="checkbox"/> без последствия
<input type="checkbox"/> специализиран медицински преглед и амбулаторно лечение	<input type="checkbox"/> реанимационни методи	<input type="checkbox"/> оздравяване след болнично/амбулаторно лечение
	<input type="checkbox"/> специфични лекарствени средства	
<input type="checkbox"/> хоспитализация	<input type="checkbox"/> симптоматични средства	<input type="checkbox"/> друг

Зав. отделение:
(подпис)

Директор:
(подпис)

Приложение № 20 към чл. 15, ал. 7

ПРОТОКОЛ ЗА ИЗТЕГЛЯНЕ ОТ УПОТРЕБА, ПРЕДОСТАВЯНЕ ЗА УЧЕБНИ ИЛИ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИ НУЖДИ И УНИЩОЖАВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ

№ дата лечебно заведение

№ по ред	Номер на САК	Кръв/ съставка	Дата на вземане	Годна до дата	Причина за изтегляне от употреба	Причина за унищожаване	Предоставена за
----------	--------------	----------------	-----------------	---------------	----------------------------------	------------------------	-----------------

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯ:

.....
(име, подпис)

ЧЛЕНОВЕ:

1.
 2.
-
(име, подпис)

ОДОБРЯВАМ
ДИРЕКТОР НА НЦХТ (ЦТХ)