



## "Комплексен онкологичен център - Шумен" ЕООД

гр. Шумен 9700, ул. Васил Априлов № 63, тел. 054 /800 832, e-mail: office@oncocenter.org, www.oncocenter.org

Приложение №16 към чл. 15, ал. 5

### ТРАНСФУЗИОНЕН ЛИСТ

за преливане на кръв и кръвни съставки

име.....на.....години

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

Диагноза:.....ИЗ №.....г.

Предята кръвна съставка

№ на сах	Вид	Кръвна група/ Rh група	Количество (мл.)	Годен до: (дата)	Фиг. за съвместимост №

Извършена: ☐ директна проба ☐ биологична проба

лекар:

(име, фамилия, подпис)

Дата на кървопреливането	Начало на преливането (час)	Край на преливането (час)	Прелято количество	Система №

Преливане	<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

Поносимост: ☐ без реакция ☐ с реакция ☐ с усложнения

Симптоми и клинични / биологични болести 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"/> положителен 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"/> галене/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: .....	

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 прелитата кръв (кръвна съставка) се съхранява 24 часа!
4. Попълва се в 2 екземпляра – по един за ИЗ и ЦТХ!