

Предтрансфузионный эпикриз.

Учитывая

- клинические признаки: геморрагического синдрома ЕСТЬ / НЕТ; кровотечения _____мл;
ДВС-синдрома ЕСТЬ / НЕТ; коагулопатии ЕСТЬ / НЕТ, передозировки антикоагулянтов непрямого действия
ЕСТЬ / НЕТ, другое _____,

а также лабораторные данные: МНО _____, АЧТВ _____ сек., фибриноген _____ гл/л, ПТИ _____%,
с целью коррекции гемостаза показано переливание свежзамороженной плазмы _____ мл.

Противопоказаний к трансфузии СЗП нет.

Беседа с пациентом (законным представителем) о цели трансфузии СЗП проведена, согласие на
гемотрансфузию получено (Состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю – оформлено
консилиумом).

ФИО врача _____ подпись _____ дата _____.20__ г.

Врач-трансфузиолог Шиянова А.А. подпись _____

Протокол трансфузии свежезамороженной плазмы.

1. ФИО пациента: Абалина Валентина Борисовна № истории болезни: 24.33683

Отделение отделение радиотерапии №2

2. Дата и время подачи заявки _____

3. Дата трансфузии: _____ (время начала _____, время окончания _____)

4. Данные медицинского обследования реципиента:

Группа крови, резус-принадлежность: _____

5. Показания к проведению трансфузии: **Коррекция гемостаза**

6. Анамнез реципиента: трансфузии в анамнезе: _____, в т.ч. по индивидуальному подбору: _____
реакции и осложнения на трансфузии в анамнезе: нет

Акушерский анамнез (кол-во беременностей): _____

Особенности течения (самопроизвольные аборты, гемолитическая болезнь новорожденного и др.): _____

7. Данные о донорской крови или ее компоненте:

Макроскопическая оценка компонента крови:
пригодна / не пригодна к переливанию.

Наименование компонента: СЗП

N компонента _____ Количество _____

Группа крови (ABO), Резус-принадлежность донора: _____

Дата заготовки: _____ Срок годности _____

Наименование организации, осуществившей заготовку

ГБУЗ СПК/ другое ОПК _____

8. Пробы на индивидуальную совместимость в отделе

-Проведено контрольное определение группы крови,

резус-принадлежности реципиента цоликлонами:

анти – А (серия _____, годен до _____),

анти – В (серия _____, годен до _____),

анти – Д (серия _____, годен до _____)
производитель _____.

- Биологическая проба (переливание со скоростью 2 мл в минуту первые 15 минут трансфузии наблюдением за пациентом): совместимо/несовместимо.

9. Реакция и осложнения: были / не были. Степень тяжести _____

Основные симптомы _____

10. Наблюдение за состоянием реципиента:

	АД, мм рт. ст.	Ps, уд./мин.	Т, °С	Диурез, цвет мочи
Перед переливанием				мл, _____ цвет _____
Через 1 час после переливания				мл, _____ цвет _____
Через 2 часа после переливания				мл, _____ цвет _____

11. Врач, осуществивший трансфузию _____ подпись _____

Оценка эффективности трансфузии сзп:

Учитывая уменьшение / стабильность / нарастание признаков нарушения гемостаза (геморрагического синдрома, коагулопатии, продолжающегося кровотечения),

а также лабораторные данные МНО _____, АЧТВ _____ сек., фибриноген _____ гл/л, ПТИ _____ %

от _____ 20 _____ г эффект трансфузии свежезамороженной плазмы **не достигнут / достигнут**.

Планируется **продолжение / прекращение** коррекции гемостаза.

ФИО врача _____ подпись _____ дата _____ . _____ . 20 _____ г.

Врач-трансфузиолог Шиянова А.А. подпись _____

Место для этикетки