

(юридична назва суб'єкта, що надає послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові)

(адреса місця провадження господарської діяльності, контактні дані: номер телефону, факсу, адреса електронної пошти)

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ СДУ «УЦТК»
26.05.2025 № 28/ОД

Заявка

на отримання донорської крові та/або компонентів крові для проведення трансфузії

№ _____ від _____

Потреба ☐ Ургентна ☐ Планова

Дата замовлення

Планова дата трансфузії

Час замовлення

		год			хв
Орієнтовний час отримання заявки					год

Відділення

Назва лікувального відділення

Представник відділення

Прізвище, Ім'я та По-батькові (за наявності)

Контактний номер телефону

У форматі + 380 XX XXX XX XX

Номер медичної карти

ПІБ реципієнта

Прізвище, Ім'я та По-батькові (за наявності)

Стать ☐ чол ☐ жін

Основний діагноз

Ускладнення

Супутні захворювання

Клінічні показання до
трансфузії

Лабораторні показання до
трансфузії

Номенклатурна одиниця	0 (I) RhD+ Kell+	0 (I) RhD+ Kell-	0 (I) RhD- Kell+	0 (I) RhD- Kell-	A (II) RhD+ Kell+	A (II) RhD+ Kell-	A (II) RhD- Kell+	A (II) RhD- Kell-	B (III) RhD+ Kell+	B (III) RhD+ Kell-	B (III) RhD- Kell+	B (III) RhD- Kell-	AB (IV) RhD+ Kell+	AB (IV) RhD+ Kell-	AB (IV) RhD- Kell+	AB (IV) RhD- Kell-	Всього
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
...																	
...																	
...																	

Опис

(за потреби зазначити необхідні специфікації компонентів крові - метод
додаткової обробки, нестандартний об'єм дози, тощо)

Відповідальний за трансфузію

Посада

Підпис

Ім'я та ПРИЗВИЩЕ