ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 005/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №

ЛИСТОК
реєстрації переливання трансфузійних рідин

Прізвище та ініціали хворого _____
Група крові хворого _____
Резус-приналежність _____

(Кожне переливання крові проводиться тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічної проби)

Номер з/п	Дата	Показання до переливання трансфузійної рідини	Спосіб переливання	Кількість, мл	Паспорт трансфузійної рідини						Проби			Реакції, ускладнення (які саме)	Прізвище та підпис лікаря (розбірливо)
					трансфузійна рідина	група крові та її компонентів	резус-приналежність	номер етикетки, серія препарату, заклад, завод-виробник	дата заготівлі	прізвище донора	індивідуальної сумісності		біологічна		
											група	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Продовження форми № 005/о

Номер з/п	Дата	Показання до переливання трансфузійної рідини	Спосіб переливання	Кількість, мл	Паспорт трансфузійної рідини						Проби			Реакції, ускладнення (які саме)	Прізвище і підпис лікаря (розбірливо)
					трансфузійна рідина	група крові та її компонентів	резус-приналежність	номер етикетки, серія препарату, заклад, завод-виробник	дата заготівлі	прізвище донора	індивідуальної сумісності		біологічна		
											група	резус			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16