

СВОДНАЯ ЗАЯВКА
на донорскую кровь и ее компоненты для клинического использования

Наименование и контактный телефон медицинской организации, осуществляющей клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов

ГБУЗ НО «Нижегородский ОЦК», телефон экспедиции: (831) 432-98-70 факс (831) 432-98-70

Наименование и контактный телефон медицинской организации, осуществляющей заготовку донорской крови и (или) ее компонентов

Дата подачи сводной заявки _____. 20__ г.

№ п/п	Наименование компонента донорской крови	Группа крови AB0	Резус- принадлеж- ность	колич- ество, мл	Антигены эритроцитов (отметить знаком «+» или «-»)					Фамилия, имя, отчество дата рождения показания для трансфузии*	Отделение	Срок исполне- ния заявки	Индивиду- альный подбор (да**/нет)
					С	с	Е	е	Кl				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Заведующий трансфузиологическим кабинетом (отделением) / лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации _____

подпись

фамилия, имя, отчество

*Для формирования запаса донорской крови и ее компонентов в соответствии с приказом Минздрава России от 05.12.2023 № 658н в графе **11** сделать отметку «Запас»
При необходимости **индивидуального подбора необходимо заполнить графы **15-23** на **оборотной стороне** Заявки

Для проведения **ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА** компонентов крови

Фамилия, имя, отчество дата рождения диагноз реципиента	Группа крови AB0 реципиента	Резус принадлежность реципиента	Антигены эритроцитов реципиента (отметить знаком «+» или «-»)					Показания для индивидуального подбора
			С	с	Е	е	Кl	
15	16	17	18	19	20	21	22	23