|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |  | | ЗАТВЕРДЖЕНО |
| (юридична назва суб’єкта господарювання) | | | | | | | | |  |  | Наказ СДУ «УЦТК» |
|  | | | | | | | | |  | | 26.05.2025 № 28/ОД |
|  | | | | | | | | |  | |  |
| (адреса місця провадження господарської діяльності, контактні дані: номер телефону, факсу, адреса електронної пошти) | | | | | | | | |  | |  |
| Ідентифікаційний код ЄДРПОУ |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

**Вибутковий ордер**

**для донорської крові та/або компонентів крові**

**№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | **Час** | | | |  | |  | | год |  |  | хв |
| **Структурний підрозділ/відділення** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | *Назва структурного підрозділу/відділу суб’єкта господарювання* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Підстава** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*аТрансфузія/списання донорської крові та/або компонентів крові* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Зазначити для трансфузії*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ім’я та Прізвище реципієнта** | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | **Номер історії хвороби** | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Клінічні показання** | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Зазначити клінічний синдром чи лабораторні показання , які вказують на необхідність трансфузії* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Зазначити при списанні*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Відомість на списання №** | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | від | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | | | | | | | | | |
| **№ п/п** | **Номенклатурна одиниця** | | | | | | **AB0** | | **RhD** | | | **Kell** | | **Ідентифікаційний номер** | | | | | | | **Од-ця виміру** | | **Дата виготовлення** | | | | **Термін придатності** | | | | |
| 1 | 2 | | | | | | 3 | | 4 | | | 5 | | 6 | | | | | | | 7 | | 8 | | | | 9 | | | | |
|  | ….  ….  ….  ….  …. | | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Всього, доз** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Відповідальна особа** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Посада | Підпис | Ім’я та ПРІЗВИЩЕ |