|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 |