

Лікарня інтенсивного лікування
(юридична назва суб'єкта господарювання)
м. Весна, вулиця Зелена, 177
тел/факс + 38 (099) 200 00 22, e-mail: likintlik@ukr.ua
(адреса місця провадження господарської діяльності, контактні дані: номер телефону, факсу, адреса електронної пошти)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ СДУ «УЦТК»
26.05.2025 № 28/ОД

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ	1	2	3	3	2	1	1	1
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Вибутковий ордер
для донорської крові та/або компонентів крові
№ 1 від 22.04.2025

Дата	2	2	0	4	2	0	2	5	Час	1	3	год	3	0	хв
------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	-----	---	---	----

Структурний підрозділ/відділення	Гінекологічне відділення
	Назва структурного підрозділу/відділу суб'єкта господарювання

Підстава	Трансфузія
	а) Трансфузії/списання донорської крові та/або компонентів крові

Зазначити для трансфузії

Ім'я та Прізвище реципієнта	Аліна Овчаренко	Номер історії хвороби	12333
-----------------------------	-----------------	-----------------------	-------

Клінічні показання	Внутрішня маткова кровотеча, дефіцит ОЦК – 25%, Нб – 63 г/л
	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
1	Еритроцити, збіднені на лейкоцити	I	-	-	33.01.2200122	Доза	15.04.2025	20.05.2025
2	Еритроцити, збіднені на лейкоцити	I	-	-	33.01.2200124	Доза	15.04.2025	20.05.2025
3	Плазма свіжозаморожена	I	-	-	33.01.2198002	Доза	10.07.2024	10.07.2027
4	Плазма свіжозаморожена	I	-	-	33.01.2198255	Доза	13.07.2024	13.07.2027

Всього, доз _____ 4 _____

Відповідальна особа

Завідувач лікарняного банку крові

Посада

Підпис

Панас ОПАНАСЕНКО

Ім'я та ПРИЗВИЩЕ