

_____ (юридична назва суб'єкта, що надає послуги з трансфузії крові та/або компонентів крові)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ генерального директора
СДУ «УЦТК»

18 березня 2026 року № 14/ОД

_____ (адреса місця провадження господарської діяльності, контактні дані: номер телефону, факсу, адреса електронної пошти)

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Заявка
на отримання донорської крові та/або компонентів крові для проведення трансфузії

№ _____ від _____

Потреба Планова/Цивільна Ургентна/Цивільна Планова/Військова Ургентна/Військова

Дата замовлення _____ Час замовлення _____

Планова дата трансфузії _____ Орієнтовний час отримання заявки _____ година

Відділення _____
Назва лікувального відділення

Представник відділення _____
Прізвище, Ім'я та По-батькові (за наявності)

Контактний номер телефону _____ Номер медичної карти _____
У форматі + 380 XX XXX XXXX

ШІБ реципієнта _____ Стать чол жін
Прізвище, Ім'я та По-батькові (за наявності)

Основний діагноз _____

Ускладнення _____

Супутні захворювання _____

Клінічні показання до трансфузії _____

Лабораторні показання до трансфузії _____

Особливості

Документальне підтвердження

Поранення внаслідок бойових дій

форма № 002/о № _____

Форма № 114/о № _____

інше _____

Номенклатурна одиниця	0 (I) RhD+ Kell+	0 (I) RhD+ Kell-	0 (I) RhD- Kell+	0 (I) RhD- Kell-	A (II) RhD+ Kell+	A (II) RhD+ Kell-	A (II) RhD- Kell+	A (II) RhD- Kell-	B (III) RhD+ Kell+	B (III) RhD+ Kell-	B (III) RhD- Kell+	B (III) RhD- Kell-	AB (IV) RhD+ Kell+	AB (IV) RhD+ Kell-	AB (IV) RhD- Kell+	AB (IV) RhD- Kell-	Всього
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Опис

(за потреби зазначити необхідні специфікації компонентів крові - метод додаткової обробки, нестандартний об'єм дози, тощо)

Відповідальний за трансфузію

Посада

Підпис

Ім'я та ПРІЗВИЩЕ