

Порядок проведения  
гемотрансфузионной терапии в  
клинической больнице

Приказы ФГУ «ПОМЦ ФМБА  
России» от 10 августа 2011 г  
№ 255 и № 256

Об организации трансфузионной терапии в  
ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

О порядке проведения трансфузионной  
терапии в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

# Врач, планирующий проведение гемотрансфузии:

- собирает трансфузионный анамнез
- у женщин + акушерский анамнез

Неблагоприятный трансфузионный анамнез



«опасный реципиент»



сообщение врачу, ответственному за постановку и  
проведение трансфузионной терапии в больнице

Определяет группу крови двумя сериями стандартных сывороток

Записывает результат в протокол определения группы крови, вклеивает протокол в историю болезни

# Протокол определения группы крови

Отделение \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ История болезни \_\_\_\_\_

Группа крови определена изогемагглютинирующими сыворотками:

группы  $O_{\alpha\beta}$  (I) АНТИ - (A+B) серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_

группы  $A_{\beta}$  (II) АНТИ - B серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_

группы  $B_{\alpha}$  (III) АНТИ - A серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_

группы  $AB_0$  (IV) серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_ годна до \_\_\_\_\_

Агглютинация с сывороткой АНТИ - (A+B) ДА НЕТ

Агглютинация с сывороткой АНТИ - B ДА НЕТ

Агглютинация с сывороткой АНТИ - A ДА НЕТ

Агглютинация с сывороткой группы  $AB_0$  (IV) ДА НЕТ

Определена группа крови \_\_\_\_\_

ВРАЧ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

(фамилия)

Обеспечивает направление в лабораторию крови пациента для лабораторного определения группы крови и резус-фактора больного

Полученный из лаборатории результат сверяет с результатами своих определений

Записывает группу крови и резус-принадлежность больного на лицевую сторону истории болезни в соответствующие графы, проставив **дату** и **подпись**

Правильная запись на лицевой стороне истории болезни

$O\alpha\beta$  (I),  $A\beta$  (II),  $B\alpha$  (III),  $ABo$  (IV)

Rh (+/-) *положительный / отрицательный*

## В экстренном порядке:

- Дежурный врач определяет группу крови двумя сериями стандартных сывороток
- Дежурный лаборант определяет резус-принадлежность крови
- Направление крови пациента в лабораторию для определения группы крови и резус-фактора больного производится утром следующего рабочего дня (кровь брать до гемотрансфузии)

# Заказ необходимой трансфузионной среды

Подать заявку медсестре, ответственной за проведение трансфузионной терапии в стационаре не позднее 9 часов, в день планируемой трансфузии, немедленно при возникновении экстренных показаний к гемотрансфузии.



Клиническая больница № \_\_ ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России  
ЗАЯВКА

на получение крови, компонентов и препаратов

Эритроцитная масса

(трансфузионная среда)

Группа крови 0 αβ (I) резус-фактор положит объем 500 мл

Отделение 2 х/о Вид финансирования \_\_\_\_\_

ФИО больного Иванов Иван Иванович

Возраст 55 № истории болезни 4657

Диагноз Опухоль печени

Лечащий врач Сидоров Дата 21.06.2007

# Проведение гемотрансфузии

## Трансфузионный эпикриз

Показания, трансфузионная среда, группа крови и резус-фактор донора, отсутствие противопоказаний.

*С целью лечения анемии тяжелой степени назначено внутривенно: эритроцитная масса O<sub>αβ</sub> (I) Rh (+) положительный 300,0мл. Противопоказаний нет.*

# Получить трансфузионную среду в отделении реанимации

Сделать запись в:

**- книге учета поступления и выдачи крови, ее  
компонентов и препаратов**

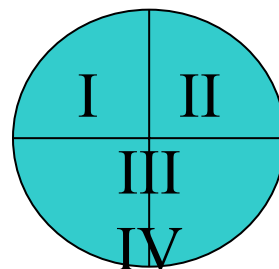
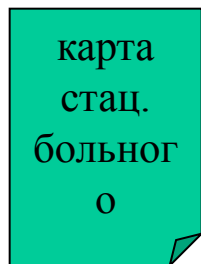
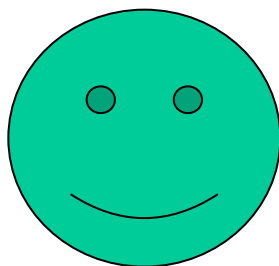
№п/ п	№ накл	Дата пост.	№ этик.	ФИО донора, препара т	Гр. кр.	Rh	Кол- во (мл)	Дата загот.	Дата выдачи	Отде ление	Росп. получ
1	7654	23.06. 07.	342506	Иванов, СЗП	AB <sub>0</sub> (IV)	пол	250	01.06.07	<i>23.06.07</i>	<i>1 х/о</i>	<i>Петров</i>

## Перед гемотрансфузией:

- контейнер с трансфузионной средой извлекать из холодильника (АРО) и выдерживать при комнатной температуре в течение 30 мин
- допустимо согревание трансфузионных сред в водяной бане при температуре  $37^{\circ}\text{C}$  под контролем термометра
- убедиться в пригодности контейнера с трансфузионной средой к переливанию

# Определить группу крови

## 1. Пациента

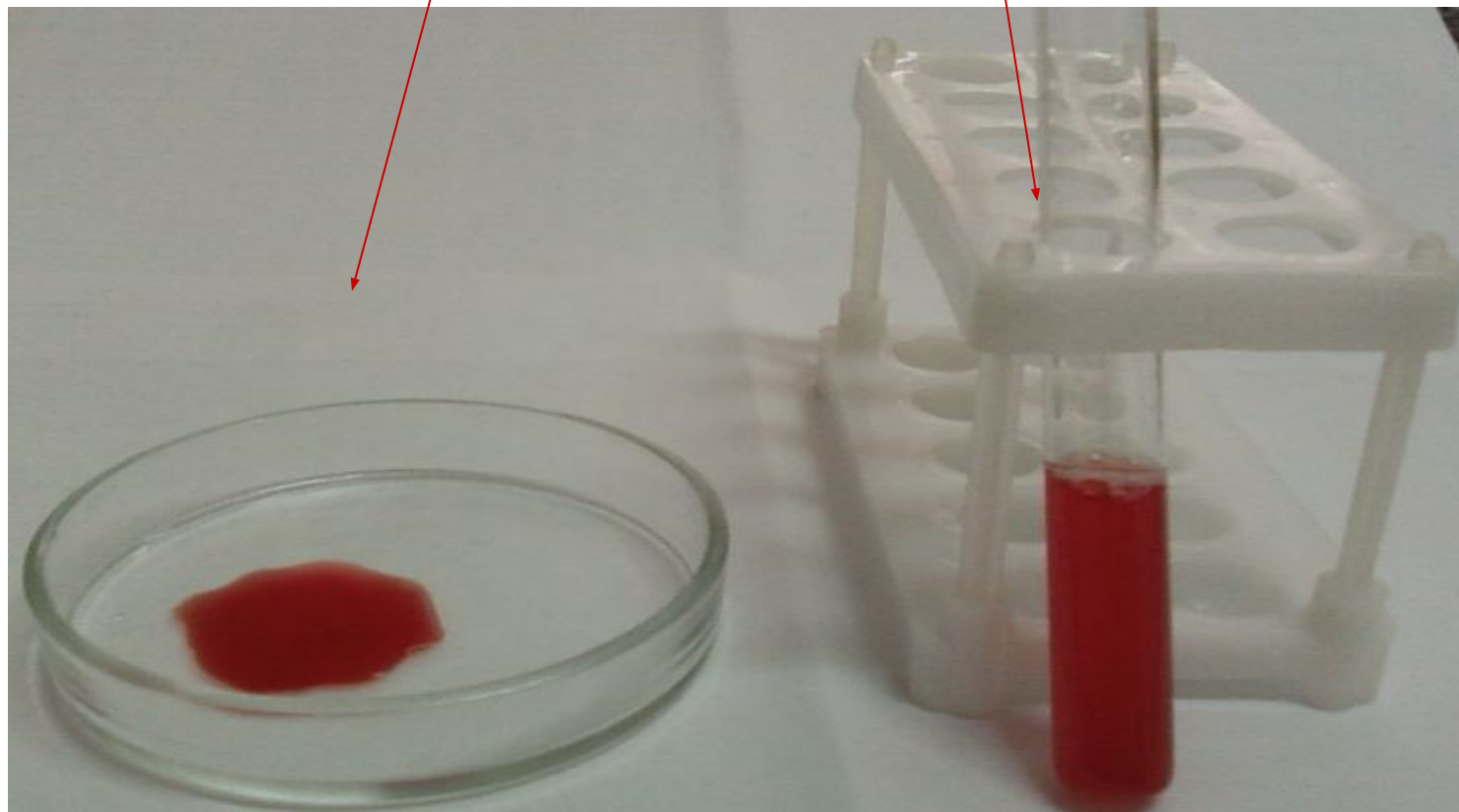


Данные истории болезни

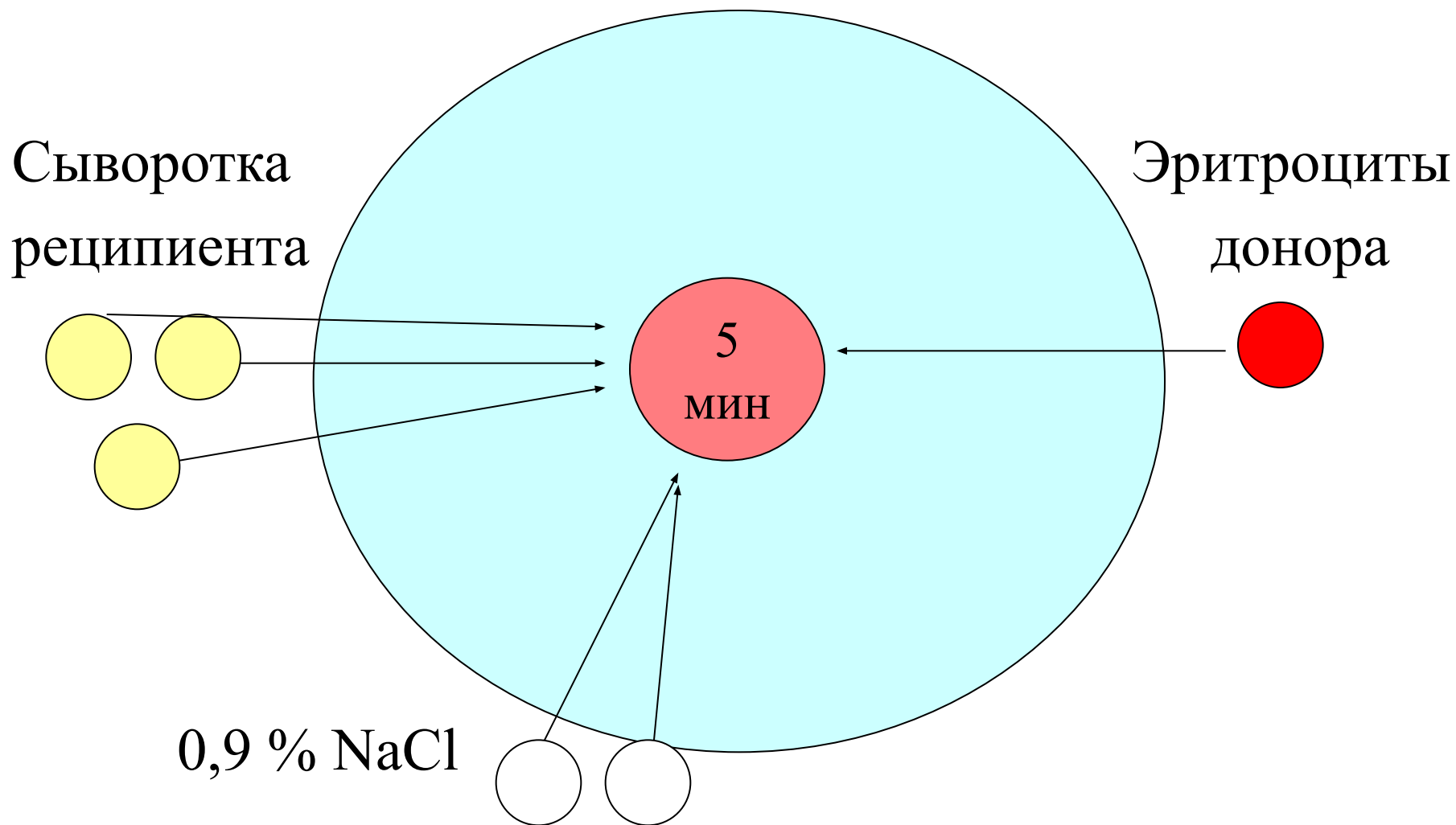
## 2. Крови из контейнера



Провести пробы на индивидуальную  
совместимость эритроцитов донора и  
сыворотки реципиента по  
группе крови и резус-фактору

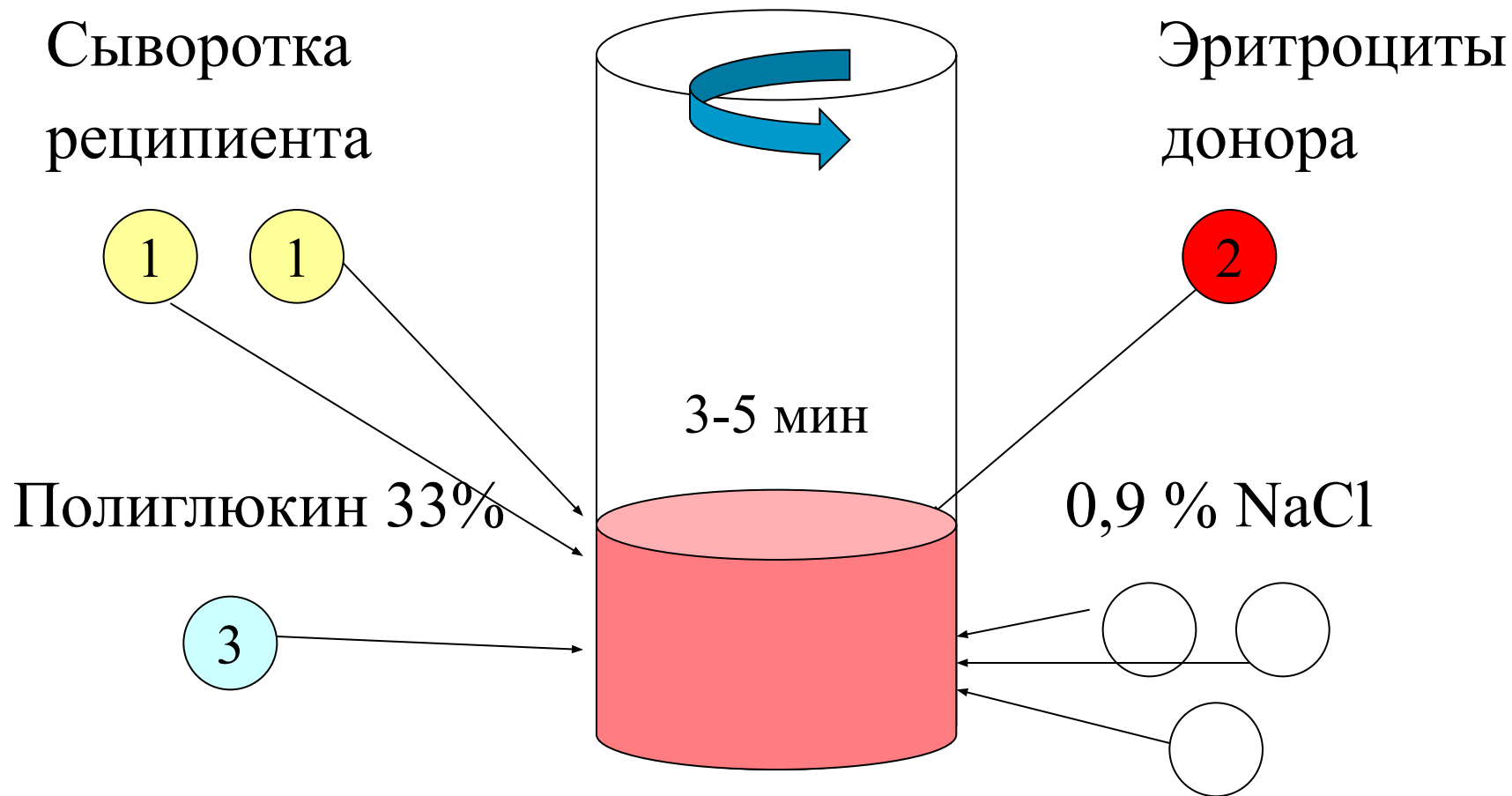


# Проведение пробы на индивидуальную совместимость эритроцитов донора и сыворотки реципиента





# Проба на совместимость с 33% ПОЛИГЛЮКИНОМ



# Биологическая проба

10 мл гемотрансфузионной среды в/в 2-3  
мл/мин



10 мл гемотрансфузионной среды в/в 2-3  
мл/мин



10 мл гемотрансфузионной среды в/в 2-3  
мл/мин



Начать гемотрансфузию

# Клиническая маркировка контейнера

(2 этап) выполняет врач

Внутренний номер контейнера 98

Дата *10.09.2011* Время *10.30*

Врач *Сидоров И.И.*

Пациент *Петров И.И.*

Гр крови, Rh пациента *ABo (IV), положительный*

Отделение *хирургия*

Номер контейнера *27286*

Компонент крови *эр. масса*

Гр крови, Rh *ABo (IV), положительный*

Проба на индивидуальную совместимость *совместима*

Био проба *совместима*

Начать гемотрансфузию

# Врачу регистрировать трансфузию в

## ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

ФИО больного Иванов Иван Иванович

Группа крови больного O aB (I) Резус принадлежность больного положит

№ п/п	Дата	Показания к переливанию транс. среды	Способ переливания	Количество мл	Паспорт трансфузионной среды						Пробы			Реакция (какие)	Подпись врача
					трансфузионная среда	групповая принадлежность	резус принадлежность	№ этикетки, серия, з/д изготовитель	дата заготовки	Ф.И.О. донора	индивид. совмест.		биологическая		
											группа	резус			
1	1.01.07	анемия	в/в	300	эр. масса	OaB (I)	пол		22.12.06	Иванов	OaB (I)	пол	отр	нет	Петров

## Наблюдать больного после гемотрансфузии в течение суток

- Температуру тела измерять каждый час в течение первых трех часов после гемотрансфузии,
- Отмечать суточный диурез
- АД
- Сведения заносить на оборотную сторону листа регистрации переливания трансфузионных сред
- Утром следующего дня назначать общий анализ крови и мочи реципиента

Сведения заносить в

## ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

№ п/п	Дата	АД	Т <sup>0</sup> тела после трансфузии			Первая порция мочи	Сут. диурез (мл)	Особен. ОАМ
			1 час	2 часа	3 часа			
<i>1</i>	<i>20.05.06</i>	<i>110/70</i>	<i>36,7</i>	<i>36,9</i>	<i>36,1</i>	<i>без особ.</i>	<i>1500,0</i>	<i>нет</i>

# ПРОТОКОЛ ГЕМОТРАНСФУЗИИ

**Ф.И.О. реципиента** *Сидоров В.А.* № истории болезни *2356*

Дата гемотрансфузии « *10* » *сентября* 2011 г.

Начало гемотрансфузии *10.30.* Окончание гемотрансфузии *11.30.*

Группа крови реципиента *AB 0 (IV)* Резус- принадлежность реципиента *пол*

Определение резус-принадлежности реципиента проводилось: в лаборатории *да*

или экспресс методом \_\_\_\_\_ исследование антител: выявлены; нет

Показания к проведению гемотрансфузий: *анемия тяж степени*

Hb *77 г/л* Ht *15%*

Трансфузионный анамнез в прошлом: трансфузии были, не были.

Посттрансфузионные реакции и осложнения: *нет*



**Трансфузионная среда эритроцитная масса**

Срок годности *до 30. 09. 2011* № контейнера *283*

Объем *240 мл* Группа крови *Aво (IV)* Резус-принадлежность *положит*

Перед переливанием *изогемагглютинирующими* сыворотками

анти - (A+B) серии *091011* анти-B серии *161111*

анти - A серии *101211*

определены: группы крови реципиента *Aво (IV)* и донора *Aво (IV)*

Проведены: проба на индивидуальную совместимость на плоскости *совест*

Проба на резус-совместимость с 33% раствором полиглюкина *совест*

Биологическая проба *совест*

Осложнения во время трансфузии: *нет*

АД до переливания *110/75* мм Hг. АД после переливания *105/60* мм Hг.

PS до переливания *87* PS после переливания *90*

Термометрия: *36,6 ° 12 час. 36,6 ° 13 час. 36,6 ° 14 час.*

Макроскопическая оценка первой порции мочи после гемотрансфузии *светл*

Врач, проводивший гемотрансфузию *Иванов* ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

Контроль показателей крови через 12-24 ч Hb *84* Ht *20*

# Протокол переливания свежемороженой плазмы

Отделение *хирургия*

Ф.И.О. пациента *Иванов И.И.* История болезни № *2835*

Дата *10 сентября 2011 г*

Показания *восполнение факторов свертывания крови*

АЧТВ *80 сек* МНО *3,5*

Группа крови *Аво(IV) Rh положит*

Противопоказания: *нет*

Врач *Иванов* ( \_\_\_\_\_ )

Дата *10.09.2011*

После биологической пробы в *12.00* начато введение свежемороженой плазмы количество *160 мл* мл

№ контейнера *37654* Дата заготовки *30.07.11* Срок годности до *30.07.12*

Закончено *13.00*

Реакция на введение *нет*

Медсестра \_\_\_\_\_ ( *Петрова* )

Контроль показателей через 1-6 ч после трансфузии АЧТВ *56 с* МНО *2,6*

В историю болезни в следующей  
дневниковой записи (после трансфузии)  
ВНОСИТЬ:

*«..... Переливание ЗНП О αβ (I) после  
отрицательной биологической пробы без  
осложнений.....»*

*врач Иванов*

# 48 часов

- хранить контейнер с остатками трансфузионной среды (10мл) на полке холодильника (маркированной "*использованные контейнеры*")



# 48 часов

Хранить пробирку с кровью больного в штативе в дверной полке холодильника процедурного кабинета:

- для проведения проб на совместимость
- после гемотрансфузии (на случай возникновения постгемотрансфузионного осложнения)

# Документация по трансфузионной терапии в лечебном отделении

Книга учета поступления и выдачи  
кровезаменителей

Инструкция по диагностике и терапии  
посттрансфузионных осложнений

Спасибо за внимание!