**Пояснительная записка к форме отраслевой статистической отчетности № 64 «Сведения о заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов» за 202\_ год**

**(*указать полное название медицинской организации*)**

1. **Данные по медицинской организации, осуществляющей клиническое использование донорской крови и ее компонентов**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Учредитель | Наименование юридического лица (медицинской организации), осуществляющего клиническое использование донорской крови и ее компонентов | Реквизиты лицензии на трансфузиологию | ФИО (полностью) руководителя медицинской организации | Контактные данные руководителя медицинской организации (телефон, эл. почта) |
|  |  |  |  |  |

1. **Таблица 6000. Клиническое использование компонентов донорской крови. Пояснение по графе 9 «Утилизировано» по каждому компоненту донорской крови (указывать все бракованные компоненты крови в клинике) по форме:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование компонента | Утилизировано, л | истечение срока годности, л | нарушение герметичности, бой, л | утилизация результатам макрооценки (изменение цвета, наличие сгустков, признаков гемолиза, л | отказ пациента от трансфузии, смерть пациента, л | передача на бакконтроль, л | нарушение условий хранения, л | неисправность медицинского оборудования, л | отвод донора, л | другое (указать), л |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Общее число реципиентов – физических лиц, которым в отчетном году проводились трансфузии компонентов донорской крови** (без дублирования при всех госпитализациях в течение отчетного года).

|  |  |
| --- | --- |
| Число реципиентов, чел. |  |

1. **Таблица 6100. Клиническое использование лекарственных препаратов, полученных из плазмы крови человека. Пояснение по строке 10 «Другое»:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование лекарственных препаратов, полученных из плазмы крови человека | Получено для клинического использования | число реципиентов, чел. | Количество перелитых лекарственных препаратов |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| **Всего** |  |  |  |  |

1. **Контактные данные лица, ответственного за предоставление формы 64 и пояснительной записки к ней:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО ответственного лица | Должность | Место работы | телефон | эл. почта |
| мобильный | рабочий | личная (для оперативного контакта) | рабочая |
|   |   |   |   |   |   |   |

Руководитель учреждения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ФИО, подпись)

Ответственный трансфузиолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, подпись)