

Код форми за ЗКУД
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України	Протокол переливання крові та її компонентів	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 003-15/10 Затверджена наказом МОЗ України 26.07.99р. № 184					
Найменування закладу							
Проведене переливання (чого) ☐ первинне ☐ повторне		місце переливання					
		№	від	число	місяць	рік	
Прізвище, ім'я, по батькові хворого:						медична карта стаціонарного хворого №	

ПЕРЕДТРАНСFUЗІЙНИЙ ЕПІКРИЗ

ГЕМОТРАНСFUЗІЙНИЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ (жінки)		ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ			ПОКАЗАННЯ	МЕТА	МЕТОД			
ПЕРЕЛИВАННЯ ☐ крові ☐ плазми ☐ компонентів крові, плазми	рік	кількість вагітностей з них: абортів пологів	шкіра ☐ звичайного кольору ☐ бліда ☐ гіперемована ☐ ціаноз	тони серця ☐ гучні ☐ приглушені ☐ глухі ☐ ритмічні ☐ екстрасистолія	загальний стан ☐ задовільний ☐ середньої тяжкості ☐ тяжкий ☐ агоніальний	☐ шок ☐ кровотеча ☐ диспротеїнемія ☐ ДВЗ ☐ інфекції ☐ аплазія кісткового мозку ☐ коагулопатія ☐ цитопенічні хвороби ☐ інші (вписати)	☐ замісна ☐ гемодинамічна ☐ гемостатична	☐ непрямий ☐ прямий ☐ обмінний ☐ реінфузійний ☐ аутогемотрансфузійний				
РЕАКЦІЇ: ☐ підвищення температури ☐ остуда ☐ кропивниця ☐ анафілактичний шок		народження дітей з жовтяницею ☐ мертвородження ☐ наявність викиднів	слизові ☐ блідо-рожеві ☐ інші		АД мм.рт.ст.			ВИД ☐ крапельне ☐ крапельно-струмінне ☐ струмінне				
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ: ☐ нормальна ☐ токсикоз ☐ еклампсія			частота пульсу уд. за 1 хвил.						Температура тіла °C			

Після проведеної макроскопічної оцінки крові та її компонентів (відсутність гемолізу, бакзараження згустків) донора (прізвище, ім'я, по батькові)				ампула №		заготовлена (де)				число	місяць	рік	визнана	ПРИДАТНОЮ НЕПРИДАТНОЮ
---	--	--	--	----------	--	------------------	--	--	--	-------	--------	-----	---------	--------------------------

Після контрольної перевірки двома серіями стандартних сироваток										Перед переливанням виконані проби						
О І		А ІІ		В ІІІ		АВ ІV		кров хворого		мас групу		Rh		на сумісність	сумісна	несумісна
								кров донора		мас групу		Rh		групову індивідуальність	О	О

Під час переливання виконувалась проба на біологічну сумісність (струменем, трічі по 15 мл з інтервалом в 3-5 хвилин перелито 45 мл крові)								реакція була:							
ВРАХУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ПРОБИ								☐ реакції не було							
								☐ неспокій ☐ прискорення пульсу ☐ зниження АТ							
								☐ важкість дихання ☐ біль в попереці ☐ почервоніле чи бліде обличчя							

ПЕРЕЛИВАННЯ									
ПОЧАТОК			В яку судину (внутрішньовенно)	МЕТА	МЕТОД	ШЛЯХ	ВИД	в кількості	мл
	години	хвилин							
ЗАКІНЧЕННЯ				☐ замісна ☐ гемодинамічна ☐ гемостатична ☐ прямий	☐ непрямий ☐ обмінний ☐ реінфузійний ☐ аутогемотрансф	☐ внутрішньовенний ☐ внутрішньоартеріальний ☐ внутрішньоаортальний ☐ внутрішньокістковий	☐ крапельне ☐ струмінне ☐ крапельно-струмінне		

ПІСЛЯТРАНСФУЗІЙНИЙ НАГЛЯД										УСКЛАДНЕННЯ:						
РЕАКЦІЯ:	під час переливання	після переливання	Показники	Час нагляду після переливання						1 година	2 години	3 години	4 години	5 годин	6 годин	
				Термометрія (°C)	Пульс (уд. за 1 хв.)	АТ (мм.рт.ст.)	Кількість сечі (мл)	Макроскопічна оцінка сечі	Проба Бакстера							
не було	О	О														
кропивниця	О	О														
остуда	О	О														
анафілактичний шок	О	О														

1 - інфекційно-токсичний шок 4 - повітряна емболія

2 - синдром масивної гемотрансфузії 5 - гостра серцево-судинна недостатність

3 - тромбоемболія 6 - групова несумісність

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря (повністю)

Прізвище, ім'я, по батькові медсестри (повністю)

місце для наклеювання марки (етикетки)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН після переливання передається для автоматизованого обліку	Прізвище, ім'я, по батькові хворого:							
	Медична карта стаціонарного хворого №	МАРКА № (етикетка)	Дата переливання			Код відділення	Код лікаря	Код ускладнення
			число	місяць	рік			

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
19.08.2005 №415

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 503-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 19.08.2005 № 415 Конфіденційна після заповнення
Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнюють форму	
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ПРОХОДЖЕННЯ ТЕСТУ НА ВІЛ

Я, _____ років,
(П.І.Б.)
Я, _____ років,
(П.І.Б.)

добровільно звернувся/лася/лись до _____
(назва державного або комунального закладу охорони здоров'я)

щоб отримати (потрібне відмітити у квадраті галочкою):

- Індивідуальне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
- Консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію сумісно з партнером
- Консультування батьків для тестування дитини на ВІЛ-інфекцію
- Пройходження тесту на ВІЛ без консультування

☐
☐
☐
☐

Я / ми підтверджуємо, що одержав/ла/ли інформацію щодо (потрібне підкреслити, «так» чи «ні» окреслити колом):

- процедури тестування на ВІЛ-інфекцію Так Ні
- умов одержання офіційного висновку (довідки) про результат тесту Так Ні
- заходів профілактики зараження і шляхи передачі ВІЛ Так Ні
- можливості отримання медичної, психологічної, консультативної та соціальної допомоги Так Ні

Я / ми підтверджуємо, що (потрібне підкреслити, «так» чи «ні» окреслити колом):

- розумію/ємо можливі наслідки негативного або позитивного результату тесту Так Ні
- поінформований/на/ні про своє право відмовитися від тестування Так Ні
- поінформований/на/ні про те, що позитивний результат мого/нашої дитини тесту буде переданий в територіальний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом з метою активного залучення мене / нас / дитини для подальшого обстеження та лікування, в тому числі для проведення при необхідності антиретровірусної терапії
- повністю задоволений/на/ні якістю отриманої інформації Так Ні

Я / ми підтверджуємо (потрібне підкреслити, «так» чи «ні» окреслити колом):

- свого добровільну згоду на тестування на ВІЛ мене/нас/дитини та дозволяю/ємо закладу взяти зразок/зразки мого/нашої крові/крові дитини (іншої біологічної рідини) для дослідження на ВІЛ Так Ні

Підпис пацієнта/батьків/іншого законного представника цієї особи

Підпис пацієнта/батьків/іншого законного представника цієї особи

П.І.Б. та підпис лікаря державного або комунального закладу охорони здоров'я

Дата заповнення _____

Назва міністерства, іншого центрального органу у сфері управління якого перебуває заклад	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Облікова форма № 430 Затверджена наказом МОЗ України від 22.08.2002 р. №323
Найменування та повна поштова адреса закладу, відповідальні особи якого заповнили картку	
Ідентифікаційний код За ЄДРПОУ	

КАРТКА ДОНОРА РЕЗЕРВУ

Марка крові (уписати) _____
№ з/п _____

_____ 202 р.
(дата заповнення)

- Прізвище, ім'я, по батькові донора
- Стать чоловіча - 1, жіноча - 2 ☐
- Вік _____
- Дата звернення (огляд)
_____ (число, місяць, рік)
- Поштова адреса місця проживання донора, країна
регіон (область) _____ район _____, населений пункт _____, вул. _____, буд. № _____, кв. № _____
- Мешкає у: місті - 1, селі - 2 ☐
- Найменування закладу, де працює (навчається) донор
- Спеціальність

9. Особу перевірено за картотеками відведення Прізвище, ім'я, по батькові реєстратора Підпис реєстратора	10. Лабораторні дослідження
11. Дата попереднього давання крові/плазми _____ (число, місяць, рік)	Назва
12. Під час опитування донор повідомив чи хворів він на: гепатити - так, ні; туберкульоз - так, ні; сифіліс - так, ні; малярію - так, ні; переносив операції - так, ні; гемотранфузії - так, ні (необхідно підкреслити)	Узято крові для дослідження, мл.
13. Чи перебував донор протягом останніх 21 дня у контакті з хворими на інфекційні хвороби: так, ні (необхідно підкреслити)	Група крові
14. Чи перебуває донор на обліку з приводу шкірно-всерединних захворювань: так, ні (необхідно підкреслити)	Контроль групи крові
15. Висновок лікаря-дерматовенеролога: допущений до давання крові - так, ні (необхідно підкреслити) Прізвище, ім'я та по батькові лікаря-дерматовенеролога Підпис	Rh фактор
16. Пульс _____ АТ _____	Гемоглобін
17. Дозволено давання крові/плазми в дозі 250 мл.-1, 440 мл.-2 ☐	Резус - приналежність
18. Кров придатна: для переливання - 1, для переробки - 2, бракується - 3 ☐	Обстеження на:
19. Висновок лікаря-терапевта: здоровий (а) - так, ні (необхідно підкреслити) Прізвище, ім'я, по батькові лікаря-терапевта	Сифіліс
Підпис лікаря-терапевта	Гепатит С
	Гепатит В
	Білірубін
	АЛТ
	ВІЛ/СНІД
	Дата проведення аналізу _____
	Прізвище, ім'я, по батькові лікаря-лаборанта _____
	Підпис лікаря-лаборанта _____

Дата _____ (у цифровій формі)

Завідуючий відділом формування донорських кадрів _____
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

АНКЕТА

особи, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму

Я, _____
(вписати прізвище, ім'я, по батькові особи, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму)

ознайомлений (а) зі статтею 21 «Відповідальність донорів» Закону України «Про донорство крові та (або) її компонентів», у якій визначено: «У разі навмисного приховування інформації або подання неправдивих відомостей про стан свого здоров'я особою, яка виявила бажання стати донором, якщо його дії спричинили або могли спричинити шкоду здоров'ю реципієнтів, яким перелито взяті від донора кров її компоненти чи виготовлені з них препарати, така особа притягується до адміністративної, цивільно-правової або кримінальної відповідальності, встановленої законодавством».

Я повністю усвідомлюю, що будь-яка невірна інформація або приховування фактів може завдати шкоду моєму здоров'ю або стану здоров'я реципієнта, який отримає заготовлену від мене кров.

Я ніколи раніше не хворів і не хворію зараз на:

1. Сифіліс
2. ВІЛ/СНІД
3. Інфекційні гепатити
4. Туберкульоз, бруцельоз, туляримію, токсоплазмоз, малярію
5. Інфаркт міокарда, ревмокардит, вади серця
6. Онкологічні захворювання
7. Виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки
8. Хвороби нирок, печінки
9. Розлад психіки та поведінки
10. Хвороби нервової системи
11. Бронхіальну астму та алергічні захворювання

Протягом останнього місяця не хворів на ГРВІ та грип.

Травм голови та хребта не було протягом останніх 5 років

Протягом останніх 48 годин не вживав алкоголь та інші психоактивні речовини. Не займаюсь надання сексуальних послуг за плату, не вступаю у статеві стосунки з малознайомими особами без презерватива, не схильний (а) до частоті зміни статевих партнерів. Не знаходжусь обліку з приводу Віл-інфекції. Не маю статевих контактів з ВІЛ - інфікованими.

Протягом останнього місяця не приймав лікарських препаратів

Мене не турбують, кашель, втрата ваги збільшення лімфатичних вузлів, пітливість, озноб, кровотечі, головні болі та сонливість, швидка стомлюваність розлади шлунково-кишкового тракту, болі у суглобах, герпетична інфекція.

Інформований про те, що мою кров буде обстежено на ВІЛ/СНІД, гепатити, сифіліс.

Передтестове консультування пройшов.

Про доцільність повторного тестування поінформований

Дата _____ Особа, яка виявила бажання здати кров та (або) плазму
(у цифровій формі) _____

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата _____ Посадова особа закладу (установи) _____
(у цифровій формі) _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Додаток 2
до Порядку медичного обстеження
донорів крові та (або) її компонентів

Анкета донора

(Заповнюється лікарем при опитуванні)

П.І.Б. Донора _____

Відповідаючи на питання анкети зазначте "ТАК" або "НІ"

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я	ТАК	НІ
1. Як себе почуваєте? Добре?		
2. Чи є у Вас зараз температура, болі в горлі, простуда, респіраторні захворювання, ангіна?		
3. Чи вживали Ви протягом останніх 4-х годин їжу?		
4. Чи вживали Ви протягом останніх 48-ми годин алкоголь?		
5. Чи дивалися Вам зуб протягом останніх 10-ти днів?		
6. Чи приймали Ви протягом останнього місяця ліки? Які?		
7. Чи проводилися Вам щеплення?		
8. Чи спостерігаєтесь Ви зараз у лікаря?		
ПРОТЯГОМ ОСТАНЬОГО РОКУ		
Чи проколдували Вам вуха?		
Чи робили Вам акутурацію?		
Чи робили Вам татування, пірсинг?		
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 6 МІСЯЦІВ:		
Чи отримували Ви трансфузії компонентів крові або препаратів плазми?		
Чи були у Вас хірургічні втручання?		
Чи були Ви у контакті з хворим на гепатити, СНІД, інші венеричні хвороби?		
ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 2-Х ТИЖНІВ		
Чи робили Вам ін'єкції ліків?		
ЧИ СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ У ВАС:		
1. Втрата ваги?		
2. Нічна пітливість?		
3. Запаморочення?		
4. Чи були у Вас поїздки за кордон протягом останніх 3-х років?		
Назвіть країну _____		
5. Чи здавали Ви кров або її компоненти?		
Вкажіть дату останнього здавання крові або її компонентів. _____		
6. Чи були усунення від донорства?		
Вкажіть дату та причину усунення _____		
7. Чи знаходитися Ви на диспансерному обліку?		
8. Якщо так, то в якому диспансері, поліклініці?		
ДОДАТКОВО ДЛЯ ЖІНОК:		
1. Чи вагітні Ви зараз та чи була вагітність протягом останніх 6 тижнів?		
2. Термін останньої менструації? _____		

Я правильно відповіла на всі запитання Анкети і повністю усвідомив/ла значимість цієї інформації для мого здоров'я хворого/ї, якому/ій будуть введені мої компоненти крові або препарати моєї плазми крові.

Я усвідомлюю те, що при приховуванні відомостей про наявність у мене ВІЛ-інфекції або венеричного захворювання (сифіліс, гонорея тощо), підлягаю відповідальності згідно з чинним законодавством. Я не займаюсь наданням сексуальних послуг за плату, не вступаю у статеві стосунки з малознайомими особами без презерватива, не схильний (а) до частоті зміни статевих партнерів, хочу бути донором добровільно, мене ніхто не примушував.

Я погоджуюсь здати _____ мл плазми (крові).
Підпис донора _____ Підпис лікаря _____ Дата _____

Міністерство охорони здоров'я України	Медична документація
(найменування та місце знаходження закладу, в якому заповнюється форма)	Форма первинної облікової документації № 249-7/о
	Затверджено наказом МОЗ 05.04.2019р. № 794
Ідентифікаційний код ЄДРПОУ	

**Направлення на проведення обстеження
з виявлення серологічних маркерів ВІЛ № _____**

Дата забору крові _____ 20__ року

П.І.Б. або
індивідуальний номер
особи

Дата народження _____ Код обстеження _____
(число, місяць, рік)

Стать _____

Дата відправлення до лабораторії _____
(число, місяць, рік)

Повторне обстеження через

14 днів

1 місяць

(П.І.Б. лікаря, який направив особу на обстеження)

Дата заповнення направлення _____ 20__ року

Міністерство охорони здоров'я України	Медична документація
(найменування та місце знаходження закладу, в якому заповнюється форма)	Форма первинної облікової документації № 503-10/о
	Затверджено наказом МОЗ 05.04.2019р. № 794
Ідентифікаційний код ЄДРПОУ	

(найменування закладу, що направив зразок на дослідження)

**Довідка № _____
про результати досліджень з виявлення серологічних маркерів ВІЛ**

П.І.Б. або
індивідуальний номер
особи

Реєстраційний номер зразка _____

Під час проведення досліджень (скринінгових /
підтверджувальних / ідентифікаційних)

від _____ 20__ року

1. Антитіла до ВІЛ 1/2 не виявлено
(особа не потребує подальшого обстеження)

2. Антитіла до ВІЛ 1/2 виявлено. Особу направити до відповідного закладу охорони здоров'я з метою подальшого медичного нагляду.

3. Анти тїла до ВІЛ 1/2 виявлено. ВІЛ позитивний статус особи підтверджено (ідентифікаційний стан)

4. Виявлено лише антиген р24 ВІЛ-1. Особу направити до відповідного закладу охорони здоров'я з метою її обстеження з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1

5. Отримано невизначений результат Особі рекомендовано пройти повторне обстеження через 14 днів

6. Отримано невизначений результат Особі рекомендовано пройти повторне обстеження через 1 міс.

(посада, прізвище, ініціали)

(підпис)

ЛИСТОК ПРИЗНАЧЕНЬ

**препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим,
які отримують лікування в стаціонарах або амбулаторних умовах,
і виконання цих призначень**

Номер медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого _____

Хворий (а) _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Хворий (а) прийнятий (а) « _____ » _____ 20 _____ року

Діагноз _____

[illegible]

[illegible]

ШЛЯХОВИЙ ЛИСТ № _____

УКРАЇНА
Міністерство
охорони здоров'я

Марка автомобіля _____

№ державтоінспекції _____

Організація _____

Гаражний номер _____

Адреса _____

Дата _____

Водій _____

Дістав наряд в розпорядження _____

Автомобіль технічно справний, виїзд
дозволений

Механік _____
(підпис)

Автомобіль у технічно справному
стані прийняв

Водій _____
(підпис)

Маршрути руху		Час виїзду і повернення		Від- стань (км)	Найменування завдання, виконуваного автомобілем	Підпис мед- працівника, який використовує транспорт		Годи- на	Хви- лини	Підпис диспетчера	Показання спідометра (км)		
		год.	хв.										
Звідки							Час виїзду із гаража				При виїзді з гаража		
Куди													
Звідки							Час повернення в гараж				При повер- ненні в гараж		
Куди													
Звідки							Видача пального		Літр	Підпис	Відмітка про простої автомобіля під час роботи		
Куди							Замір залишку при виїзді						
Звідки							Видано за зміну						
Куди													
Звідки													
Куди							Замір залишку при поверненні в гараж						
Звідки													
Куди													
Звідки													
Куди							Відмітка контрольних органів						
Звідки													
Куди													
Звідки													
Куди											Автомобіль здав		
Звідки											водій _____ (підпис)		
Куди											Автомобіль прийняв		
Звідки											механік _____ (підпис)		
Куди													

Установка

11000

3a 20 p.

[illegible]

Прізвище, ім'я, по батькові

Посада

[illegible]

Перевірено

В архів

.....Головний бухгалтер

Код форми за ЗКУД

Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА № 0 3 0 - 6 / о

Затверджена наказом МОЗ України

0 9 1 1 9 8 р. № 3 1 8

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТА

хворого на злоякісне новоутворення №

1. Прізвище, ім'я, по батькові

2. Стать: ч.-1, ж.-2

3. Дата народження:

(число, місяць, рік)

4. Національність

Житель: міста - 1, села - 2

5. Область

район

вул.

(назва населеного пункту)

буд.

корп.

кв.

6. Фах

7. Група первинного обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС: ліквідатори - 1; евакуйовані - 2; населення, що проживає на території радіоекологічного контролю - 3; діти, які народилися від батьків 1-3 груп первинного обліку - 4

8. Знятий (а) з обліку:

(число, місяць, рік)

9. Причина: помер від ускладнень лікування - 1; прогресування злоякісного новоутворення - 2; нещасного випадку - 3; виїхав - 4; діагноз знятий чи не підтверджений - 5

Клінічний діагноз

(докладний діагноз із зазначенням локалізації первинної пухлини)

Код за МКХ-X

Т N M pT pN pM Стадія Діагноз підтверджено: гістологічно-1;

цитологічно-2; рентген-3; ендоскоп.-4; ізотопним методом-5; клінічно-6; інше-7

Морфологічний тип пухлини

Дата встановлення діагнозу:

(число, місяць, рік)

Взятий (а) на облік:

(число, місяць, рік)

Обставини виявлення захворювання: за зверненням - 1; в оглядовому кабінеті - 2; при

інших видах профогляду - 3; по смертно (без розтину) - 4; по смертно (на розтині) - 5

Де встановлено діагноз

(назва лікувального закладу)

Рейтинг захворювання

(при множинних злоякісних новоутвореннях)

Діагноз

(знято/ не підтвердився)

Знятий з обліку:

(число, місяць, рік)

Заповнюється при множинних злоякісних новоутвореннях для наступних пухлин

Клінічний діагноз

(докладний діагноз із зазначенням локалізації первинної пухлини)

Код за МКХ-X

Т N M pT pN pM Стадія Діагноз підтверджено: гістологічно-1;

цитологічно-2; рентген-3; ендоскоп.-4; ізотопним методом-5; клінічно-6; інше-7

Морфологічний тип пухлини

Дата встановлення діагнозу:

(число, місяць, рік)

Взятий (а) на облік:

(число, місяць, рік)

Обставини виявлення захворювання: за зверненням - 1; в оглядовому кабінеті - 2; при

інших видах профогляду - 3; по смертно (без розтину) - 4; по смертно (на розтині) - 5

Де встановлено діагноз

(назва лікувального закладу)

Рейтинг захворювання

(при множинних злоякісних новоутвореннях)

Діагноз

(знято/ не підтвердився)

Знятий з обліку:

(число, місяць, рік)

Відомості про спеціальне лікування хворого

[illegible]

Відомості про диспансерне спостереження за хворим

[illegible]

Зразок - 5 тис.

Код закладу за ЗКПО Код форми за ЗКУД		
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу КНП "Кішманська БЛЛ" БАКЛАБОРАТОРІЯ		Форма № 209/о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 р. № 1
РЕЗУЛЬТАТ АНАЛІЗУ № _____		
(вказати якого) _____		
« ____ » _____ 202__ р. (дата направлення, взяття біоматеріалу)		
Прізвище, І, по Б. _____ Вік _____		
Заклад _____ Відділення _____		
Мед. картка № _____		
При дослідженні (вказати матеріал) _____		

Примітка: використовується при мікробіологічних та деяких інших дослідженнях.		
Прізвище, І, Б., лікаря _____ (підпис)		
« ____ » _____ 202__ р. (дата видачі аналізу)		

Зразок - 3 тис.

Міністерство охорони здоров'я України		Код закладу за ЗКПОІ _____
Найменування закладу КНП "Кіцманська БЛП"		Код форми за ЗКУДІ _____
БАКЛАБОРАТОРІЯ		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма № 209/о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 р. № 1
АНАЛІЗ КАЛУ № _____		
" _____ " _____ 202__ р. (дата взяття біоматеріалу)		
Гр. _____		
на бактеріоносіння кишкової групи мікробів		
Діагноз _____		
Направлений _____		
При бактеріологічному дослідженні калу патогенні мікроби кишкової групи		
Лікар-бактеріолог _____		

Лікар

[illegible]

Виділені:	Найменування мікроорганізмів												Асоціація мікроорганізмів			
	1				2				3				4			
Найменування препаратів	Чутливість* мікроорганізмів															
	стійкий (R)	малочутливий (I)	чутливий (S)	МІК в мкг/мл	стійкий (R)	малочутливий (I)	чутливий (S)	МІК в мкг/мл	стійкий (R)	малочутливий (I)	чутливий (S)	МІК в мкг/мл	стійкий (R)	малочутливий (I)	чутливий (S)	МІК в мкг/мл
Аміноглікозиди																
гентаміцин																
амікацин																
тобраміцин																
Глікопептиди																
ванкомицин																
тейкопланін																
Макроліди, лінкозаміни, стрептограміни																
ерітроміцин																
азітроміцин																
кліндаміцин																
Тетрацикліни																
тетрациклін																
доксіциклін																
еравациклін																
Оксазолідінони																
лінезолід																
Інші препарати																
фузидієва кислота																
триметоприм																
триметоприм/сульфаметаксазол																
хлорамфенікол																
фосфоміцин																
колістин																
нітроксолін																
нітрофурантоїн																
ріфампіцин																

* Результат відмітки: при використанні методу дисків - знаком "+", при використанні методу розведень - вказувати мінімальну інгубуючу концентрацію МІК (мкг/мл)

“ ” 202_ р.
(дата видачі аналізу)

Прізвище, І. Б. _____
(підпис)