

«Утверждены»
приказом Минздрава ЧР
«14» 11 2018 г. № 296

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«Организация трансфузиологической помощи в медицинских
организациях Чеченской Республики»**

г. Грозный 2018 г.

I. Общие положения

Методические рекомендации «Организация трансфузиологической помощи в медицинских организациях Чеченской Республики» содержат сведения, необходимые в повседневной работе врачей-трансфузиологов, лечащих врачей, осуществляющих назначение гемотрансфузионных сред, заведующих отделениями, заместителей главных врачей по лечебной работе.

Методические рекомендации включают в себя как вопросы клинической трансфузиологии, так и организационные и учетно-статистические ее аспекты.

Область применения

Настоящие методические рекомендации предназначены для медицинских организаций, осуществляющих трансфузии компонентов крови в своих лечебных отделениях.

Организация трансфузионной терапии (трансфузиологической помощи) в медицинской организации (далее - МО) является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий.

Медицинские организации, осуществляющие переливание донорской крови и ее компонентов, должны иметь лицензию на работы (услуги) по трансфузиологии, для получения которой необходимо выполнить следующие организационно-технические условия:

- ввести в штатное расписание медицинских организаций, осуществляющих гемотрансфузионную терапию, должность врача - трансфузиолога не менее 0.5 ставки в зависимости от трансфузиологической активности;
- обеспечить профессиональную переподготовку штатного сотрудника по специальности «Трансфузиология» с получением сертификата специалиста;
- приказом по учреждению из числа медицинских работников назначить лиц, ответственных за осуществление транспортировки компонентов и препаратов крови, и провести их обучение на рабочем месте по специальным требованиям к условиям транспортировки компонентов и препаратов крови;
- выделить автотранспорт для транспортировки компонентов крови;
- обеспечить наличие разрешенных для применения в медицинской практике отдельного холодильного и морозильного оборудования для временного хранения компонентов и препаратов крови;
- обеспечить наличие размораживателей для оттаивания свежзамороженной плазмы;
- обеспечить наличие устройств для подогрева инфузионно-трансфузионных растворов;

- обеспечить внедрение и использование всех лабораторных методик, необходимых для определения групповой и резус-принадлежности, подгруппы и других антигенов крови меньшего значения (С, с, Е, е, Kell и др.), антиэритроцитарных антител, для проведения клинического развернутого анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи, исследования уровня факторов свертывания крови (МНО/протромбиновое время, АЧТВ);
- обеспечить специальную подготовку врачей, допущенных до проведения трансфузионной терапии и иммуногематологических исследований, на циклах тематического усовершенствования на базе учебных центров последипломного обучения;
- обеспечить наличие в полном объеме и ведение в соответствии с предъявленными требованиями учетной и отчетной документации по вопросам клинической трансфузиологии.

II. Трансфузиологическая служба медицинской организации

С целью организации трансфузионной терапии в МО создается трансфузиологическая служба. В состав трансфузиологической службы МО входят:

1. Комиссия по трансфузиологии. Количество членов комиссии по трансфузиологии и персональный состав утверждается приказом руководителя МО;
2. Врач-трансфузиолог и средний медицинский персонал трансфузиологического кабинета (кабинета переливания крови);
3. Врачи и средний медицинский персонал лечебных отделений, участвующие в проведении трансфузионной терапии;
4. Специалисты клинической лабораторной диагностики, участвующие в проведении иммуногематологических исследований.

Задачи комиссии по трансфузиологии:

- анализ практики трансфузионной терапии и подготовка предложений по повышению ее эффективности;
- исследование случаев посттрансфузионных осложнений, ситуаций, в которых возможно развитие осложнений и случаев ненадлежащего применения компонентов крови;
- исследование причин списания компонентов крови;
- анализ использования правил назначения гемокомпонентов в соответствии с действующими нормативными документами;
- анализ практики использования альтернатив гемотрансфузиям и подготовка предложений по развитию этого клинического направления;

- развитие программ непрерывного повышения квалификации сотрудников по трансфузиологии и аттестация на допуск к переливанию крови;
- определение перечня обязательных для медицинского персонала процедур, на которые должны быть разработаны и утверждены стандартные инструкции и алгоритмы;
- проведение внутреннего аудита соответствия действий персонала правилам и стандартным инструкциям.

III. Ответственность за организацию трансфузионной терапии

Ответственным за организацию трансфузионной терапии в МО назначается врач - трансфузиолог.

Ответственными за организацию трансфузионной терапии в лечебных отделениях назначаются заведующие соответствующими отделениями.

Ответственным за проведение гемотрансфузии является врач, назначивший гемотрансфузию.

Ответственными за оборудование рабочего места для проведения трансфузионной терапии назначаются старшие медицинские сестры соответствующих отделений.

Ответственным за определение группы крови, резус-фактора крови и Kell-принадлежности пациентов, исследование сывороток всех реципиентов на наличие антиэритроцитарных антител назначается врач (биолог) КДЛ, прошедший подготовку по иммуносерологии.

IV. Трансфузиологический кабинет (кабинет переливания крови)

Для улучшения организации трансфузионной терапии в МО организуется трансфузиологический кабинет (ТК).

В больницах с ограниченным коечным фондом и малой трансфузиологической активностью выделяется место в процедурном кабинете.

Задачами ТК являются:

- обеспечение современного уровня организации и постановки трансфузионной терапии;
- внедрение в комплексное лечение больных современных принципов трансфузионной терапии;
- внедрение в клиническую практику применения аутологичной крови и ее компонентов;
- проведение мероприятий по внедрению в клиническую практику применения методов гемокоррекции и фотогемотерапии;
- организация обеспечения лечебных отделений компонентами крови для оказания трансфузиологической помощи, хранение компонентов крови;

- оказание консультативной помощи для своевременного и квалифицированного лечения пациентов при возникновении посттрансфузионного осложнения или реакции;
- организация и ведения учетно-отчетной документации по оказанию трансфузиологической помощи, предоставление текущей и периодической информации о трансфузиологической помощи в организации здравоохранения;
- перечень оборудования для трансфузиологического кабинета (см. приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.03.2012 г. №278н (ред. от 01.10.2012 г.)).

Трансфузиологический кабинет возглавляет врач - трансфузиолог МО.

На должность врача-трансфузиолога назначается врач специалист, имеющий ординатуру по специальности «Трансфузиология» или профессиональную переподготовку по специальности «Трансфузиология» (приказ Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 г. №415н).

Врач-трансфузиолог обязан:

- консультировать врачей отделений по вопросам организации трансфузионной терапии;
- консультировать пациентов по их просьбе по вопросам трансфузионной терапии и альтернатив гемотрансфузиям;
- проводить проверку историй болезни по соответствию применения компонентов крови установленным правилам;
- проводить анализ эффективности трансфузионной терапии;
- проверять качество гемотрансфузионных сред при их поступлении в МО, контролировать правильность хранения запаса гемотрансфузионных сред;
- организовать обеспечение лечебных отделений компонентами и препаратами донорской крови;
- анализировать данные о потребности в компонентах и препаратах крови и об ее удовлетворении;
- учитывать все случаи посттрансфузионных реакций и осложнений (а также предпосылок к ним), изучать причины их возникновения и организовывать мероприятия по профилактике и лечению этих осложнений в соответствии с действующими приказами;
- взаимодействовать с организациями службы крови с целью обеспечения эффективности трансфузиологической помощи пациентам МО;
- организовать направление доноров-родственников пациентов МО в региональный центр крови;
- организовывать и контролировать ведение документации по получению и расходу компонентов и препаратов крови;

- контролировать введения в лечебных отделениях медицинской документации по переливанию компонентов и препаратов крови, принимать меры по немедленному устранению выявленных недостатков в оформлении документации, касающейся использования компонентов, препаратов крови и кровезаменителей;
- готовить необходимые отчеты по вопросам трансфузионной терапии;
- систематически организовывать повышение уровня квалификации работников МО по вопросам трансфузионной терапии;
- проводить активную санитарно-просветительную работу по донорству крови;
- проводить операции экстракорпоральной гемокоррекции (лечебный плазмаферез др.), процедуры фотогемотерапии;
- разрабатывать стандартные инструкции и алгоритмы по вопросам трансфузионной терапии и представлять их на согласование Комиссии по трансфузиологии;
- повышать уровень профессиональной квалификации на циклах усовершенствования по трансфузиологии не реже 1 раза в 5 лет.

Врач (биолог) клинической лабораторной диагностики, ответственный за постановку изосерологических исследований:

- определяет групповую (перекрестным способом) и резус-принадлежность крови пациента, фенотип по антигенам С, с, Е, е, К;
- определяет в сыворотке реципиентов эритроцитсодержащих сред наличие антиэритроцитарных антител с использованием трех линий эритроцитов;
- производит повторное определение группы крови пациента из вновь взятой пробирки при несовпадении группы крови, определенной в лечебном отделении и изосерологической лаборатории;
- проводит ежемесячно дефектурный анализ несовпадений при определении группы крови в лечебном отделении и изосерологической лаборатории, о результатах которого информирует врача-трансфузиолога МО;
- оперативно докладывает врачу-трансфузиологу МО обо всех случаях обнаружения антиэритроцитарных антител у пациентов для решения вопроса об индивидуальном подборе крови;
- проводит занятия по определению групповой и резус-принадлежности с персоналом лечебных отделений.

Средний медицинский работник трансфузиологического кабинета обязан:

- Осуществлять получение и хранение компонентов крови, препаратов, кровезаменителей, цоликлонов, систем разового использования для трансфузий;
- Проводить ежедневный контроль температурного режима хранения и макроскопическую оценку компонентов крови;

- Выдавать в отделение больницы трансфузионные среды на основании заявки из отделения, обеспечивать последовательную нумерацию заявок и их хранение.
- Вести учет поступления и расхода компонентов крови;
- Составлять ежеквартальный и годовой отчет прихода и расхода трансфузионных сред;

Документация трансфузиологического кабинета:

- Книга учета поступления в МО и выдачи в лечебные отделения компонентов крови;
- Журнал макроскопической оценки и температурного режима хранения компонентов крови;
- Документация по эфферентной терапии;

Книги и журналы должны быть пронумерованы, прошнурованы и подписаны руководителем МО.

V. Организация трансфузионной терапии в лечебном отделении

Заведующий лечебным отделением обеспечивает:

- обоснованность каждой трансфузии, ее соответствие установленным правилам;
- надлежащее оформление «Заявки на компоненты крови»;
- надлежащее оформление «Акта списания неиспользованных компонентов крови»;
- надлежащее оформление журнала регистрации переливания трансфузионных сред (Форма №009/у);
- наличие в истории болезни информированного добровольного согласия пациента на переливания крови или решения консилиума о необходимости гемотрансфузии;
- своевременность и качество заполнения протоколов трансфузий;
- вынесение на титульный лист истории болезни группы крови и резус-принадлежности крови пациента, с указанием даты исследования и фамилии врача, сделавшего запись, после получения бланка результатов исследования из иммунологической лаборатории;
- Допуск к проведению трансфузий только тех врачей, которые прошли специальную подготовку по трансфузиологии;
- Назначение врачей, ответственных за проведение интраоперационных гемотрансфузий при выполнении оперативных вмешательств;
- Недопущение переноса плановых трансфузий на дежурную смену;
- Оперативное информирование главного врача (или его заместителя по лечебной работе) и главного трансфузиолога МО о случаях посттрансфузионных реакций и осложнений, допущенных нарушениях требований нормативных документов по службе крови;

- Своевременность и достоверность ежемесячных отчетов о переливании компонентов крови и кровезаменителей.

Основные правила трансфузионной терапии

1. Первичное определение группы крови больному по системе АВ0 и Rh (D) организует и контролирует дежурный или лечащий врач и результаты первичного определения вносит в «Направление на изосерологический анализ крови» для лаборатории с указанием серий использованных цоликлонов, а также назначает определение фенотипа по антигенам С, с, Е, е, К и антиэритроцитарных антител предполагаемому реципиенту. У реципиента из вены берут крови в количестве 3-5 мл в пробирку с антикоагулянтом.

Повторное исследование группы крови АВ0 и резус-принадлежности, а также определение по антигенам С, с, Е, е, К и антиэритроцитарных антител проводит врач (биолог) клинической лабораторной диагностики, имеющий подготовку по иммуносерологии, который выдает результат на бланке установленного образца «Результат изосерологического анализа крови». Бланк с результатом исследования вклеивают в историю болезни, указывает дату исследования и скрепляет своей подписью.

Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности с других документов.

В случае проведения плановой гемотрансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови у пациентов независимо от резус-принадлежности должен быть проведен предварительный скрининг клинически значимых антител (антиэритроцитарные антитела), с существованием которых связаны возникновение гемолитической болезни новорожденных, посттрансфузионные гемолитические осложнения или укорочение выживания эритроцитов.

При обнаружении антител к антигенам эритроцитов прописывается результат, который переносится в историю болезни. В случае необходимости проведения гемотрансфузионной терапии таким пациентам рекомендуется проводить индивидуальный подбор крови на станции переливания крови с применением антиглобулинового теста. Бланк результата остается у больного, хранится в течение жизни и предъявляется при госпитализации.

2. Перед назначением гемотрансфузии (или при поступлении больного в стационар) собирают трансфузионный, а у женщин, кроме того, акушерский анамнез.

Необходимо назначать индивидуальный подбор пары «Донор - реципиент» на станции переливания крови при каждой плановой трансфузии эритроцитсодержащих компонентов для реципиентов:

- с отягощенном трансфузионным и акушерским анамнезом;
- беременных женщин, рожениц, родильниц;
- новорожденных;
- с предлагаемым многократным проведением трансфузии;
- с положительным результатом скрининга нерегулярных антиэритроцитарных антител;
- с положительным результатом скрининга на kell-антиген;
- с положительным или сомнительным результатом проб на совместимость;
- в педиатрических стационарах, гематологических, онкологических и ожоговых стационаров.

3. Переливание компонентов крови имеют право проводить при наличии специальной подготовки:

- лечащий или дежурный врач,
- врач отделения или кабинета переливания крови,
- во время операции – хирург или анестезиолог, непосредственно не участвующий в операции или наркозе,
- специалист-трансфузиолог.

4. Подготовка к переливанию трансфузионных сред начинается с определения показаний. Показания к переливанию определяются комиссионно (лечащий врач, зав.отделением, врач-трансфузиолог и/или начмед). В настоящее время утвердился принцип возмещения конкретных, недостающих организму больного компонентов крови при различных патологических состояниях. Показаний к переливанию цельной донорской крови нет.

5. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие (ИДС) гражданина или его законного представителя в соответствии со статьей 20 Закона РФ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Врач обязан разъяснить необходимость трансфузионной терапии, ее цели, возможный риск и альтернативное лечение, заполнить бланк ИДС и подшить его к карте стационарного больного или карте амбулаторного больного.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается, если оно необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц

медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), самого гражданина или одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

6. Перед тем как приступить к переливанию компонента крови, необходимо убедиться в их пригодности для переливания и идентичности групповой принадлежности донора и реципиента по системам АВ0, резус, Kell и фенотипу. Визуально, непосредственно врачом, переливающим трансфузионную среду, проверяется герметичность контейнера, правильность паспортизации, макроскопически оценивается качество гемотрансфузионной среды. Определять годность гемотрансфузионной среды необходимо при достаточном освещении непосредственно на месте хранения, не допуская взбалтывания, так как оно может привести к ошибочному заключению. При подозрении на развитие гемолиза среда считается непригодной для переливания.

7. Перед каждой гемотрансфузией врач, осуществляющий эту операцию, записывает в историю болезни предтрансфузионный эпикриз (показания к гемотрансфузии, отсутствие противопоказаний, необходимая трансфузионная среда, ее групповая и резус-принадлежность, доза и способ переливания).

8. Врач, производящий трансфузию клеточных компонентов крови, независимо от произведенных ранее исследований и имеющихся записей, обязан лично провести следующие контрольные исследования непосредственно у постели реципиента:

- перепроверить группу крови реципиента по системе АВ0, сверить полученный результат с данными в истории болезни;
- перепроверить группу крови по системе АВ0 донорского контейнера и сопоставить результат с данными на этикетке контейнера;
- сравнить группу крови, резус-принадлежность, фенотип, Kell-принадлежность, обозначенные на контейнере, с результатами исследования, ранее внесенными в историю болезни и только что полученными;
- провести пробы на индивидуальную совместимость по системам АВ0 и резус эритроцитов донора и сыворотки реципиента;
- уточнить сведения об отсутствии у реципиента антиэритроцитарных антител;
- уточнить у реципиента фамилию, имя, отчество, год рождения и сверить их с указанными на титульном листе истории болезни. Данные должны совпадать, и реципиент должен их по возможности подтвердить (за исключением случаев, когда переливание проводится под наркозом или пациент находится в бессознательном состоянии);
- провести биологическую пробу.

9. Переливание гемотрансфузионных сред производится медицинским персоналом при соблюдении правил асептики и антисептики.

С целью предупреждения иммунологических реакций следует переливать фильтрованные через специальные фильтры эритроцитную массу, взвесь, тромбоцитный концентрат.

Запрещается переливание компонентов крови из одного контейнера нескольким больным.

Запрещается введение в контейнер с трансфузионной средой каких-либо медикаментов и растворов, кроме 0,9% раствора хлорида натрия. В эритроцитную массу для улучшения реологических свойств непосредственно перед трансфузией добавляют 50- 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

Перед переливанием контейнер с эритроцитсодержащей средой целесообразно подогреть до температуры +37° С с использованием специально предназначенного оборудования, т.к. быстрое переливание больших объемов холодной гемотрансфузионной среды может привести к развитию экстрасистолии.

Перед переливанием контейнер с СЗП необходимо разморозить в специальном оборудовании (размораживателе) и зафиксировать процедуру размораживания в специальном Журнале учета.

До гемотрансфузии, но не ранее чем за три дня, обязательно проведение анализов крови и мочи.

10. В целях профилактики посттрансфузионных осложнений, обусловленных антигенами эритроцитов, необходимо переливать компоненты крови (эритроцитная масса, эритроцитная взвесь, отмытые эритроциты, фильтрованные эритроциты, размороженные отмытые эритроциты) той группы системы АВ0, резус-принадлежности и фенотипа, которые имеются у реципиента.

По жизненным показаниям и при отсутствии одноклассных по системе АВ0 компонентов крови (за исключением детей) допускается переливание совместимых компонентов крови: резус-отрицательная эритроцитная масса или взвесь от донора группы 0(1) - реципиенту с любой другой группой крови в количестве до 500 мл.

11. При наличии у реципиента антиэритроцитарных антител подбор компонентов крови производят в специализированной лаборатории станции переливания крови. Если эритроцитная масса или взвесь подобраны реципиенту индивидуально в специализированной лаборатории, врач, выполняющий трансфузию, перед переливанием определяет группу крови реципиента и донора, проводит только пробу на индивидуальную совместимость на плоскости при комнатной температуре и биологическую пробу.

При переливании корректоров гемостаза и фибринолиза, средств коррекции иммунитета, врач, выполняющий трансфузии, обязан определить группу крови АВ0 и резус-принадлежность реципиента. Групповую и резус- принадлежность

донора врач, выполняющий трансфузию, устанавливает по этикетке на контейнере с трансфузионной средой, пробу на индивидуальную совместимость не проводит. Биологическая проба проводится.

12. Каждый случай переливания крови и ее компонентов записывают в истории болезни в виде протокола, в котором отражают: показания к гемотрансфузии; название перелитой среды и ее паспортные данные; пробы, проводимые перед переливанием; методы переливания; время начала и окончания трансфузии; реакцию больного на переливание (пульс, артериальное давление, температура тела через один, через два, через три часа после трансфузии).

13. При необходимости многократных трансфузий компонентов крови (в реанимационном отделении, операционном блоке и др.) рекомендуется для каждого реципиента дополнительно к медицинской карте больного иметь лист регистрации переливания трансфузионной среды, в котором фиксируются все проведенные больному трансфузии, их объем и переносимость.

14. После окончания переливания донорский контейнер с небольшим количеством оставшейся гемотрансфузионной среды и пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов в холодильнике, имеющем соответствующую маркировку «Для остатков гемотрансфузионных сред». По истечении указанного срока хранения контейнеры с остатками компонентов крови передаются на участок утилизации, о чем делается соответствующая запись в Журнале учета передачи на обезвреживание гемаконов с остатками компонентов крови».

15. Реципиент после переливания соблюдает в течение трех часов постельный режим и наблюдается лечащим или дежурным врачом. Ежечасо ему измеряют температуру тела, пульс, артериальное давление, фиксируя эти показатели в медицинской карте больного. Контролируется наличие и почасовой объем мочеотделения и сохранение нормального цвета мочи.

Мероприятия при возникновении посттрансфузионного осложнения

Мероприятия при возникновении посттрансфузионного осложнения регламентированы:

- приказом Минздрава РФ от 03.06.2013 года № 348н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови».

- приказом Минздрава РФ от 16.02.2004 № 82 «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений», Приказом МЗ России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», в требованиях которых имеется ряд противоречий.

Настоящими методическими рекомендациями предлагается Алгоритм действий медицинских работников при возникновении посттрансфузионного осложнения в медицинских организациях.

Мероприятия при возникновении посттрансфузионного осложнения должны носить экстренный характер и осуществляться в порядке оказания реанимационных мероприятий в двух основных направлениях:

- лечение гемотрансфузионного шока;
- профилактика острой почечной недостаточности.

Проведение этих лечебных мероприятий должно осуществляться в той медицинской организации, где произошло осложнение.

В случае появления первых признаков посттрансфузионного осложнения врач, производящий трансфузию, обязан:

- немедленно прекратить переливание трансфузионной среды и приступить к оказанию экстренной медицинской помощи больному;
- одновременно с лечебными мероприятиями доложить о случившемся главному врачу МО или его заместителю по лечебной работе, а в ночное время - ответственному дежурному врачу,
- провести контрольные серологические исследования:
 - а) определение групповой принадлежности реципиента и донора (из контейнера);
 - б) определение резус-принадлежности реципиента и донора;
 - в) исследование крови реципиента на наличие изоиммунных антител;
 - г) проведение проб на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора (групповую и резус- совместимость).
- определить содержание свободного гемоглобина в крови;
- определить содержание билирубина в крови.

Главный врач медицинской организации (ответственный дежурный врач) дает распоряжение об изъятии контейнера с компонентами крови того же донора, препаратов крови и кровезаменителей серии, вызвавшей осложнение, немедленно сообщает о возникшем осложнении в управление здравоохранения и главному врачу республиканской станции переливания крови, принимает меры к выяснению причин возникновения посттрансфузионного осложнения, а именно:

- оставшуюся часть трансфузионной среды направляет на исследование в республиканскую станцию переливания крови;

- организует проведение бактериологического исследования крови реципиента;
- если осложнение произошло от переливания крови и ее компонентов, то направляет 15 мл крови реципиента, взятой в пробирку без стабилизатора, в республиканскую станцию переливания крови для иммуногематологического исследования;
- в случае смерти больного, наступившей после введения любой трансфузионной среды, обеспечивает проведение патологоанатомического исследования трупа, его органов и тканей в соответствии с действующими требованиями;
- заполняет Извещение о посттрансфузионном осложнении и направляет его в течение 5 дней с момента выявления посттрансфузионного осложнения в Республиканскую станцию переливания крови и в Федеральное медико-биологическое агентство;
- ежегодно, в срок до 20 февраля года, следующего за отчетным, направляет сводную информацию (отчет) о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в Федеральное медико-биологическое агентство.

Сводная информация (отчет) о реакциях и об осложнениях должна содержать следующие сведения:

- наименование организации, в которой выявлены реакции и (или) осложнения;
- вид возникшей реакции и (или) осложнения;
- исход возникшей реакции и (или) осложнения;
- причина возникшей реакции и (или) осложнения;
- назначенные мероприятия по устранению причины возникшей реакции и (или) осложнения;
- пояснения к информации о реакциях и (или) осложнениях.

Заключение

Применение трансфузионной терапии при лечении самой разнообразной патологии во многих лечебных отделениях ставит перед администрацией большие задачи постоянного совершенствования уровня ее организации:

- включать вопрос об организации гемотрансфузионной помощи в план медсовета по итогам работы за год;
- издавать приказы по больнице, отражающие состояние трансфузионной терапии в лечебных отделениях и направленные на устранение имеющихся недостатков, принимать строгие административные меры к сотрудникам, допускающим нарушения инструкций при выполнении гемотрансфузий;
- включать вопрос об обеспечении инфекционной безопасности гемотрансфузионной терапии в план работы Комиссии по инфекционному

- контролю не реже 1 раза в год при отсутствии в учреждении Комитета по трансфузиологии;
- проводить ежеквартально заседания Комитета по трансфузиологии в МО, имеющих высокие относительные показатели использования компонентов крови;
 - проводить экспертную оценку историй болезни реципиентов врачом-трансфузиологом в 100%, начмедом - не менее 10%;
 - ежеквартально заслушивать на оперативных совещаниях у главного врача заведующего ТК с анализом применения в больнице компонентов и препаратов крови, кровезамещающих растворов и результатов проверок организации трансфузионной терапии в отдельных лечебных отделениях;
 - своевременно информировать врачей о поступающих нормативных и методических материалах по вопросам трансфузиологии;
 - проводить не реже 1 раза в год врачебные и сестринские конференции по вопросам трансфузиологии;
 - проводить зачетные занятия с персоналом по вопросам трансфузиологии в виде тестового контроля или письменного опроса с оформлением протокола и дифференцированной оценкой уровня знаний;
 - включить в критерии оценки работы лечебных отделений уровень организации трансфузионной терапии, обоснованность назначения трансфузионных сред, внедрение современных принципов гемокомпонентной терапии;
 - при профессиональной аттестации медицинских работников больницы принимать во внимание их подготовку по вопросам клинической трансфузиологии и профилактики посттрансфузионных осложнений.

Методические рекомендации подготовлены:

Главный врач ГБУ «РСПК»

Главный внештатный трансфузиолог

З.М. Татаева

Зав. отделом контроля качества ГБУ «РСПК»

З.Х. Муцалова

Зав. донорским отделом ГБУ «РСПК»

Начальник отдела ВККМД и ВС Минздрава ЧР

Р.Л. Хатаев