Приложение № 4

к приказу министерства

здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФОРМЫ**

**документов, подлежащих оформлению в процессе осуществления деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации, в государственных медицинских организациях Новосибирской области**

1. Отчет медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, связанную с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации, обо всех пациентах, умерших от последствий повреждений головного мозга в возрасте от 18 лет включительно (ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным).

2. Отчет государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее – ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ») о результатах проведенных судебно-медицинских исследований умерших от последствий первичных и вторичных повреждений головного мозга любого генеза в возрасте от 18 лет включительно (ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным).

3. Уведомление врачом - судебно-медицинским экспертом прокурора об изъятии донорских органов у трупа в целях трансплантации.

4. Отчет РЦОД государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» о результатах работы (ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным).

5. Акт об изъятии органов у донора-трупа для трансплантации (с разрешением на изъятие главного врача медицинской организации, включенной в Реестр, и врача - судебно-медицинского эксперта).

6. Паспорт донорского органа:

6а - почка правая;

6б - почка левая;

6в - печень;

6г - сердце;

6д - глазное яблоко правое;

6е - глазное яблоко левое.

7. Акт приема-передачи донорского органа.

8. Отчет медицинской организации, осуществляющей медицинскую помощь по трансплантации (МО-центр трансплантации) на территории Новосибирской области (ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным).

9. Сведения о пациентах с функционирующим трансплантатом, проживающих на территории Новосибирской области и получающих иммуносупрессивную терапию (ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным).

10. Журнал регистрации сообщений из МО-донорских стационаров (постоянно).

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 1

**ОТЧЕТ**

**медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, связанную с донорством органов и (или) тканей человека в целях трансплантации, обо всех пациентах, умерших от последствий повреждений головного мозга в возрасте от 18 лет включительно**

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | Возраст | № МКСБ | Диагноз **<\*>** | Дата / время поступления в ОРИТ | Дата / время сообщения в РЦОД | Дата / время смерти | Изъяты органы и (или) ткани (перечислить) | В какую МО переданы | Причина отказа от изъятия |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**<\*>** Диагноз: 1 – ЧМТ; 2 – ОНМК; 3 – Вторичное повреждение головного мозга

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач  |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

Отчет направлять в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (с пометкой «для РЦОД») ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

На бумажном носителе: г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130 (канцелярия ГНОКБ)

На электронном носителе: VipNet ГБУЗ НСО ГНОКБ 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 2

**ОТЧЕТ**

**государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы» о результатах проведенных судебно-медицинских исследований умерших от последствий первичных и вторичных повреждений головного мозга любого генеза**

**в возрасте от 18 лет включительно (только в медицинских организациях, включенных в Реестр)**

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской организации | ФИО умершего | Возраст | № МКСБ | Дата смерти | Количество койко-дней | Изъяты органы и (или) ткани (перечислить) | Судебно-медицинский диагноз(код МКБ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начальник ГБУЗ НСО «НОКБСМЭ» |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

Отчет направлять в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (с пометкой «для РЦОД») ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

На бумажном носителе: г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130 (канцелярия ГНОКБ)

На электронном носителе: VipNet ГБУЗ НСО ГНОКБ 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 3

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**врачом - судебно-медицинским экспертом прокурора**

**об изъятии донорских органов у трупа в целях трансплантации**

На основании Закона Российской Федерации от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим уведомляю об изъятии донорских органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать каких именно)

у трупа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

умершего в \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

номер медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач - судебно-медицинский эксперт

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, подпись)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 4

**ОТЧЕТ**

**РЦОД ГБУЗ НСО «ГНОКБ» о результатах работы**

за \_\_\_\_ квартал 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата изъятия | МО-донорский стационар | Возраст донора | Смерть мозга/биологическая смерть | Орган | МО-центры трансплантации | Ближайший результат (трансплантация/ орган утилизирован) |
|  |  |  |  |  | Почка правая |  |  |
| Почка левая |  |  |
| Печень |  |  |
| Сердце |  |  |
| Роговица |  |  |
|  |  |  |  |  | Почка правая |  |  |
| Почка левая |  |  |
| Печень |  |  |
| Сердце |  |  |
| Роговица |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач ГБУЗ НСО «ГНОКБ» |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

Отчет направлять в Минздрав НСО ежеквартально, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

На бумажном носителе: г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 18 (канцелярия Минздрава НСО)

На электронном носителе: VipNet ГБУЗ НСО ГНОКБ 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 5

**АКТ**

**об изъятии органов и (или) тканей у донора-трупа для трансплантации**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. донора |  |
| Медицинская организация |  |
| № МКСБ |  |
| 1. Изъятие органов и (или) тканей (в соответствии с Приложением к Приказу Минздрава России и Российской академии наук от 04.06.2015 № 306н/3 «Об утверждении перечня объектов трансплантации», перечислить):  |
| по разрешению главного врача |
| (Ф.И.О.) |
| изъятие донорских органов и (или) тканей разрешаю |
| (подпись главного врача) |
| врача - судебно-медицинского эксперта <\*> |
| (Ф.И.О.) |
| изъятие донорских органов и (или) тканей разрешаю |
| (подпись врача - судебно-медицинского эксперта) |
| 2. Изъятие донорских органов и (или) тканей производил врач-хирург |
|  |
| (указать медицинскую организацию, должность, Ф.И.О.) |
| 3. Способ изъятия донорских органов и (или) тканей |
|  |
| (описание операции) |
| 4. При изъятии донорских органов и (или) тканей присутствовали: |
| Анестезиолог-реаниматолог |  |
| Операционная медсестра |  |
| (Ф.И.О.) |
| 5. Медицинская организация, которой переданы донорские органы и (или) ткани |
|  |
| 6. Время изъятия: |
| Начало: |  |
| Окончание: |  |
| 7. Дополнения: |
| Члены выездной бригады: |
| Врач(и)-хирург(и) |  |
|  |  |
|  | (Ф.И.О. подпись) |
| Операционная медсестра |  |
|  | (Ф.И.О. подпись) |
| Присутствовал врач-анестезиолог-реаниматолог |  |
|  | (Ф.И.О. подпись) |
| Присутствовал врач-патологоанатом <\*\*> |  |
|  | (Ф.И.О. подпись) |

<\*> В случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, и с уведомлением прокурора

<\*\*> В случае изъятия тканей в условиях патологоанатомического отделения

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6а

**ПАСПОРТ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ почка ПРАВАЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бригада по эксплантации органов | ФИО врачей, установивших смерть больного на основании диагноза смерти мозга: |

|  |  |
| --- | --- |
| Артерии: число \_\_\_\_, диаметр \_\_\_\_Аортальная площадка: да, нетВены: число \_\_\_\_, диаметр \_\_\_\_Площадка: нетДлина мочеточника: **Фармакологическая подготовка:**Гепарин \_\_\_\_\_\_\_ тыс.МЕ в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Начало холодовой ишемии в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Консервант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Качество перфузии: хорошее / удовлетворительное / плохое |
| Количество консерванта \_\_\_\_ л. | Перфузионное давление \_\_\_\_м. |
| Температура хранения органа \_\_\_\_0C | Длительность холодовой ишемии \_\_\_\_ |
| **Почка правая** для трансплантации передана в |  |
| врачу |  |
|  |  |
| Сведения о реципиенте: |  |
| Возраст: |  | МКСБ № |  |
| Адрес: |  |
| Вид заместительной почечной терапии: без диализа / ГД / ПД / АПД |
| Начало заместительной почечной терапии |  |
|  |  |
| Группа крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фенотип HLA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cross-match тест \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Материал: кровь/спленоциты |
| ФИО врача производившего исследования: |  |
| Дата операции |  | Время операции |  |
| Вторичная тепловая ишемия |  |
| Пуск кровотока  |  |  |
| Функция трансплантата: первичная / отсроченная / ПНФТ |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6б

**ПАСПОРТ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ почка ЛЕВАЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бригада по эксплантации органов | ФИО врачей, установивших смерть больного на основании диагноза смерти мозга: |

|  |  |
| --- | --- |
| Артерии: число \_\_\_\_, диаметр \_\_\_\_Аортальная площадка: да, нетВены: число \_\_\_\_, диаметр \_\_\_\_Площадка: нетДлина мочеточника: **Фармакологическая подготовка:**Гепарин \_\_\_\_\_\_\_ тыс.МЕ в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Начало холодовой ишемии в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Консервант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Качество перфузии: хорошее / удовлетворительное / плохое |
| Количество консерванта \_\_\_\_ л. | Перфузионное давление \_\_\_\_м. |
| Температура хранения органа \_\_\_\_0C | Длительность холодовой ишемии \_\_\_\_ |
| **Почка левая** для трансплантации передана в |  |
| врачу |  |
|  |  |
| Сведения о реципиенте: |  |
| Возраст: |  | МКСБ № |  |
| Адрес: |  |
| Вид заместительной почечной терапии: без диализа / ГД / ПД / АПД |
| Начало заместительной почечной терапии |  |
|  |  |
| Группа крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фенотип HLA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cross-match тест \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Материал: кровь/спленоциты |
| ФИО врача производившего исследования: |  |
| Дата операции |  | Время операции |  |
| Вторичная тепловая ишемия |  |
| Пуск кровотока  |  |  |
| Функция трансплантата: первичная / отсроченная / ПНФТ |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6в

**ПАСПОРТ ДОНОРСКОЙ ПЕЧЕНИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бригада по эксплантации органов | ФИО врачей, установивших смерть больного на основании диагноза смерти мозга: |
| **Визуальная оценка**Цвет: обычный / изменен:Край: острый / закруглен:Отек: нет / умеренный / выраженныйГепатоз: нет / до 30% / до 50% Консистенция: (нормальная, плотная) Нижняя полая вена:надпеченочный отдел подпеченочный отдел Воротная вена Холедох Артерия Добавочная артерия: есть/ нетисточник: Особенности:**Фармакологическая подготовка:**Гепарин \_\_\_\_\_\_\_ тыс.МЕ в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Начало холодовой ишемии в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | целая печеньправая долярасширенная правая долялевая долялевый латеральный сектор |
| Консервант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Качество перфузии: хорошее / удовлетворительное / плохое |
| Количество консерванта \_\_\_\_ л. | Перфузионное давление \_\_\_\_м. |
| Температура хранения органа \_\_\_\_0C | Длительность холодовой ишемии \_\_\_\_ |
| **Перечень** для трансплантации передана в |  |
| врачу |  |
|  |  |
| Сведения о реципиенте: |  |
| Возраст: |  | МКСБ № |  |
| Диагноз: |  |
| Адрес: |  |
|  |  |
| Группа крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Фенотип HLA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cross-match тест \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Материал: кровь/спленоциты |
| ФИО врача производившего исследования: |  |
| Дата операции |  | Время операции |  |
| Вторичная тепловая ишемия |  | Пуск кровотока |  |
| Функция трансплантата: первичная / отсроченная / ПНФТ |
|  |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6г

**ПАСПОРТ ТРУПНОГО ДОНОРСКОГО СЕРДЦА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

**Клинические данные донора за последние 24 часа перед смертью**

Сутки ИВЛ \_\_\_\_\_\_\_\_

Давление артериальное \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

Давление венозное (ЦВД)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

Температура\_\_\_\_\_ оС Диурез \_\_\_\_\_\_\_\_мл/час

Инотропная поддержка:

1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доза \_\_\_\_\_\_ мкг/кг/мин

2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доза \_\_\_\_\_\_ мкг/кг/мин

К+ \_\_\_\_\_\_ Na+ \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_\_\_\_ Ht\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PO2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Антибактериальная терапия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доза: \_\_\_\_\_\_\_

**ЭКГ:**  Ритм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЧСС\_\_\_\_\_\_ PQ\_\_\_\_\_\_ QRS\_\_\_\_\_\_ ST\_\_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЭХО КГ** | Ао | ЛП | ПЖ | МЖП | КДР ЛЖ | КДО ЛЖ | ФИ ЛЖ (%) | МК | АК | ТК |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| КЛА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДЛА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Визуально-пальпаторная оценка сердца**

Размер: (крупн., сред.\ст., некрупн.)

Признаки контузии (есть, нет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сегментарная сократимость: (не нарушен., нарушен.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Атеросклеротические изменения в коронарных артериях: (выявлены, не выявлены) ЛКА ствол, ПМЖВ, ДВ, ОВ ВТК ОВ, ПКА

Наличие дефектов развития (есть, нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Область ощутимого дрожания: (отсутствует, ЛП, Ао, ЛА)

Митральный клапан: (не изменен, изменен):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аортальный клапан: (не изменен, изменен): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гепарин \_\_\_\_\_\_\_\_\_тыс.ед. в \_\_\_\_\_ч. \_\_\_\_\_мин.

Время начала холодовой перфузии \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_

Консервант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Объем\_\_\_\_\_\_\_мл.

Качество перфузии: хорошее / удовлетворительное / плохое

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6д

**ПАСПОРТ ДОНОРСКОЙ РОГОВИЦЫ ПРАВОГО ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бригада по эксплантации органов | ФИО врачей, установивших смерть больного на основании диагноза смерти мозга: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Визуальная оценка:**ПрозрачностьФормаПоверхностьПомутнение, рубцыВаскуляризацияПризнаки перенесенных глазных операцийОсобенности**Фармакологическая подготовка:**Антибактериальная терапияКератопластическая терапия | **Морфологический признак качества материала**:1 балл2 балла3 балла**Адреналиновая проба:**Степень АСтепень ВСтепень С |
| Консервант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|  |  |
| Температура хранения органа \_\_\_\_0C |  |
| **Правое глазное яблоко**  для трансплантации передано в |  |
| врачу |  |
|  |  |
| Сведения о реципиенте: |  |
| Возраст: |  | МКСБ № |  |
| Адрес: |  |
|  |
| Функция трансплантата: первичная / отсроченная /ПНФТ |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 6е

**ПАСПОРТ ДОНОРСКОЙ РОГОВИЦЫ ЛЕВОГО ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст донора |  |  |
| ФИО донора |  | Время смерти: |  |
| Лечебное учреждение, отделение |  | МКСБ № |  |
| Пол донора |  | Группа крови \_\_\_\_\_\_\_ | Rh \_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бригада по эксплантации органов | ФИО врачей, установивших смерть больного на основании диагноза смерти мозга: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Визуальная оценка:**ПрозрачностьФормаПоверхностьПомутнение, рубцыВаскуляризацияПризнаки перенесенных глазных операцийОсобенности**Фармакологическая подготовка:**Антибактериальная терапияКератопластическая терапия | **Морфологический признак качества материала**:1 балл2 балла3 балла**Адреналиновая проба:**Степень АСтепень ВСтепень С |
| Консервант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|  |  |
| Температура хранения органа \_\_\_\_0C |  |
| **Левое глазное яблоко**  для трансплантации передано в |  |
| врачу |  |
|  |  |
| Сведения о реципиенте: |  |
| Возраст: |  | МКСБ № |  |
| Адрес: |  |
|  |
| Функция трансплантата: первичная / отсроченная / ПНФТ |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись руководителя бригады эксплантации органов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись врача принявшего орган для трансплантации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 7

**АКТ**

**приема-передачи донорского органа**

Орган \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Донор (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время и дата передачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ ч. \_\_\_\_ мин.

Сдал (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Центр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принял (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Центр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 8

**ОТЧЕТ**

**медицинской организации, осуществляющей медицинскую помощь**

**по трансплантации на территории Новосибирской области**

 **(МО-центр трансплантации)**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Орган | МО-донорский стационар | Дата изъятия | Возраст донора | Смерть мозга/биологическая смерть | Ближайший результат (трансплантация/ орган утилизирован) |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач  |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

Отчет направлять в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (с пометкой «для РЦОД») ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

На бумажном носителе: г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130 (канцелярия ГНОКБ)

На электронном носителе: VipNet ГБУЗ НСО ГНОКБ 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 9

**СВЕДЕНИЯ**

**о пациентах, проживающих на территории Новосибирской области**

**с функционирующим трансплантатом и получающих**

**иммуносупрессивную терапию**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | Дата и вид трансплантации | Дата осмотра специалистом | Иммуносупрессивные препараты (МНН) | Количество в сутки, мг |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач  |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

Отчет направлять в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (с пометкой «для РЦОД») ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

На бумажном носителе: г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130 (канцелярия ГНОКБ)

На электронном носителе: VipNet ГБУЗ НСО ГНОКБ 2

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 10

**ЖУРНАЛ**

**регистрации сообщений из МО-донорских стационаров**

**начат «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. окончен «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

| № записи п/п | Дата, время поступления сообщения | МО-донорский стационар, ФИО и должность передавшего информацию | ФИО и должность сотрудника РЦОД, принявшего информацию | Предмет сообщения, решение о дальнейших действиях | Дата, время, причина завершения случая |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заведующий РЦОД |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |
|  |  |  |
| Главный врач медицинской организации |  |  |
|  | подпись | инициалы, фамилия |

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_