հիմնարկի անվանում

Ակտիվ դոնորի բժշկական քարտ
ձև 4

Արյան խմբային և ռեզուս պատկանելիություն

ստորագրություն

Գենոտիպ (ABO,Rh-Hr, HLA)

ստորագրություն

Դոնորության տեսակ

Ազգանուն_____

Անուն_____Հայրանուն_____

Ծննդյան ամսաթիվ_____

Անձնագիր_____տրված_____ ում կողմից_____

Բնակության վայր_____

հեռախոս_____

Աշխատանքի վայր ----------

հեռախոս ----------

Դոնորի համաձայնություն պլազմաֆերեզի իրականացման վերաբերյալ

Ծանոթանալով պլազմաֆերեզի իրականացման գործընթացին, տալիս եմ իմ կամավոր համաձայնությունը:

Ամսաթիվ **Ստորագրություն**

Դոնորի ծանուցում օտար հակածնով իմունացման վերաբերյալ

Հայտնում ենք, որ օտար հակածնով իմունացման դեպքում ձեզ համար սահմանափակվում է արյան կամ արյան բաղադրամասերի փոխներարկման հնարավորությունը, ինչպես նաև առկա է արյան միջոցով փոխանցվող հիվանդությունների վարակման վտան•:

Ես՝_____տալիս եմ կամավոր համաձայնություն օտար հակածնով իմունացման վերաբերյալ:

նկար

Դոնորի հաշվառման ամսաթիվ

“_____“_____20 ____

Հաշվառումից հանման պատճառ և ամսաթիվ_____
_____

Արյունատվությունների թիվ_____

Պլազմաֆերեզների թիվ_____

Ցիտաֆերեզների թիվ_____

Ցողունային բջիջների հանձնման թիվ_____

Ստորագրություն_____
(լրացվում է հաշվառումից հանելու ժամանակ)

Դոնորի հետազոտությունների արդյունքները

Օբյեկտիվ տվյալներ	Ամսաթիվ					
Գանգատներ						
Շաղկապենիներ □կկլերաներ□						
Մաշկային ծածկույթներ						
Լորձաթաղանթներ						
Զարկերակային ճնշում(մմ սնդ.սյ.)						
Պուլսի հաճախականություն (զարկ/1րոպ-ում), բնույթը						
Հենաշարժական ապարատ						
Ավշային հանգույցներ						
Սրտի առուսկուլտացիա						
Թոքերի առուսկուլտացիա						
Որովայնի խոռոչի օրգաններ						

Բժշկի եզրակացությունը դոնորի արյունատվության,պլազմա(ցիտա)ֆերեզի պիտանելիության վերաբերյալ						
Արյան չափաքանակ						
Բժշկի ստորագրություն						

Լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքներ

Արյան ընդհանուր												
Ամսաթիվ	Hb գ/լ	Էրիթրոցիտներ 10^{12}/լ	Գույնի ցուցանիշ	Ռետիկուլոցիտներ ‰	Թրոմբոցիտներ 10^{9}/լ	Լեյկոցիտներ 10^{9}/լ	Լեյկոֆորմուլա %					
							Մետամիելոցիտ	Ցուպ.	Սեգմ.	Էոզ.	Բազ.	Լիմֆ.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

քնություն				Շճաբանական հետազոտություններ							Կենսաքիմիական	
Մոնոցիտ.	Պլազմատիկ բջիջ.	ԷՆԱ	Գրանցողի ստորագր.	HBsAg	հակա HBcor	հակա HCV	սիֆիլիս	ՄԻԱՎ 1+2 Ag, Ab	բրուցելյոզ	Գրանցողի ստորագրություն	Բիլիռուբին. Ուղղակի/անուղղակի	Ընդհ. սպիտ.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

		Մեզի ընդհանուր քննություն								*Այլ հետազոտություններ*		
ԱԼՏ	ԱՍՏ	քանակ	Տես. Կշիռ	լեյկոցիտներ	էրիթրոցիտներ	էպիթելային բջիջներ	աղեր	Մանրէներ, սնկեր	Գրանցողի ստորագր.	Հակամարմին. Տիտր ՄՄ/մլ	Գրանցողի ստորագր.	
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

Իմունացման վերաբերյալ գրանցումներ

Կարգահամար	Իմունացման ամսաթիվ	Հակածնի անվանում	Հակածնի ներարկ. նկատմամբ ռեակցիա	Իմունացման համար պատասխանատու բժշկի ստորագրությունը
1	2	3	4	5

Արյան, պլազմայի, արյան բջիջների հավաքման մասին նշումներ

Ամսաթիվ	Արյուն, մլ	Պլազմա, մլ	Ցողունային	թրոմբոցիտներ	նպատակը	ստորագրություն

			բջիջներ	10^{11}		
1	2	3	4	5	6	7

Ամսաթիվ	Զարկերակային ճնշում՝ մմ ս.ս.	Մարմնի ջորմաստիճան	Երակազարկ	Եզրակացություն և բժշկի ստորագրություն
1	2	3	4	5

Դոնորի առողջական վիճակը պլազմաֆերեզի անցկացման գործընթացից հետո
Լրացուցիչ տեղեկություններ

Ամսաթիվ		Ստորագրություն
1	2	3