Таблица 1

**Отчет медицинской организации стационарного профиля о реципиентах, получивших:**

**гемотрансфузии, трансплантаций (пересадка органов, тканей, стволовых клеток, либо другого биоматериала).**

**Наименование МО, предоставляющей отчет:\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**

**Количество реципиентов за** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_**года:** \_\_\_\_

*отчетный месяц число по данным корешков протокола трансфузий, учетных форм о проведении трансплантации*

**Сведения об обследовании на ВИЧ-инфекцию подлежащих реципиентов в стационаре:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Личные данные реципиента** | | | | **Данные о гемотрансфузиях /трансплантацияхпо госпитализациям** | | | | | **Тестирование на ВИЧ до гемотрансфузии/трансплантации** | | | | |
| Ф.И.О. | Число, месяц, год рождения | Домашний адрес (область, район, город/село, улица, дом, квартира), контактный телефон, ИИН (при наличии) | Поликлиника прикрепления (название, номер) | Период госпитализации (даты) | Исход госпитализации | № истории болезни | Отделения, где проводились гемотрансфузии /трансплантации при данной госпитализации | Даты гемотрансфузий / трансплантаций | **Проведено** | | | | **Не проведено** |
| МО, направившая кровь для теста | Дата забора крови для теста | Код теста  (по ф.4) | № и дата протокола, результат | Причины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Примечания:*

1. *Таблица должна быть заполнена в электронном формате, при отсутствии такой возможности данные вносятся в нее печатными буквами.*
2. *Так как кратность госпитализаций реципиентов в течение отчетного месяца может быть различна, сведения в поликлинику передаются после каждой выписки (в течение 3-х суток).*
3. *В столбце 7 («Исход госпитализации») указать, что было с реципиентом: выписка, перевод в другой стационар (название МО), летальный исход (дата).*
4. *В расшифровке причин, по которым тестирование не было проведено (столбец 15) указать: наличие письменного отказа, период новорожденности.*

Дата составления отчета: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Исполнитель**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*должностьФ.И.О. подпись*

**Руководитель МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ф.И.О. подпись*

МП

Таблица 2

**Отчет медицинской организации поликлинического профиля об обследованиина ВИЧ реципиентов, получивших:**

**гемотрансфузии, трансплантаций (пересадка органов, тканей, стволовых клеток, либо другого биоматериала).**

**Наименование МО, предоставляющей отчет:\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**

**Количество подлежащих тестированию на ВИЧ реципиентов за** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_ **года:** \_\_

*отчетный месяц по данным информации о реципиентах из стационаров*

**Сведения об обследовании на ВИЧ-инфекцию подлежащих реципиентов в поликлинике:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Личные данные реципиента** | | | **Данные о гемотрансфузиях /трансплантациях** | | **Тестирование на ВИЧ после гемотрансфузии/трансплантации** | | | | | |
| Ф.И.О. | Число, месяц, год рождения | Домашний адрес (область, район, город/село, улица, дом, квартира) и контактный телефон | Место проведения гемотрансфузий, трансплантаций (МО) | Даты последней гемотрансфузии / трансплантации | **Проведено** | | | | | **Не проведено** |
| Интервал между последней гемотрансфузией /трансплантацией и тестом на ВИЧ | МО, направившая кровь для теста | Дата забора крови для теста | Код теста (по ф.4) | № и дата протокола, результат | Причины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Примечания:*

1. *Таблица должна быть заполнена в электронном формате, при отсутствии такой возможности данные вносятся в нее печатными буквами.*
2. *Так как число гемотрансфузий в течение каждой госпитализации может варьировать, необходимо проводить обследование на ВИЧ-инфекцию реципиента через 1 и 3 месяца от последней гемотрансфузии, в столбце 7 указывается интервал в месяцах между датой гемотрансфузии и датой забора крови на ВИЧ. В случае тестирования подлежащих в несоответствующие требованиям сроки (не через 1 и 3 месяца, а раньше или позже), указать причину в виде примечаний к отчету.*
3. *В расшифровке причин, по которым тестирование подлежащих не было проведено (столбец 12), указать: дату смерти при летальном исходе, место выбытия при выезде, наличие письменного отказа, если не найден – значится ли в РПН и по какому адресу. В ОЦ СПИД необходимо предоставлять копии документов, подтверждающих отказ от обследования.*

Дата составления отчета: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Исполнитель**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*должностьФ.И.О. подпись*

**Руководитель МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ф.И.О. подпись*

МП

Таблица 3

**Отчет медицинской организации о реципиентах,**

**прошедших процедуры ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - пересадка половых клеток.**

**Наименование МО, предоставляющей отчет:\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Количество реципиентов за** \_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_ **года:** \_\_\_\_

*отчетный месяц по данным учетных форм о проведении ВРТ*

**Сведения об обследовании на ВИЧ-инфекцию подлежащих реципиентов ДО процедуры ВРТ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Личные данные реципиента** | | | | **Данные о процедуре ВРТ** | | | | | | **Тестирование на ВИЧ реципиента до ВРТ** | | | | |
| Ф.И.О. | Число, месяц, год рождения | Домашний адрес (область, район, город/село, улица, дом, квартира) и контактный телефон | МО, готовившая к ВРТ(название, место расположения) | Дата процедуры ВРТ | № мед.карты | **Сведения о доноре** | | | | **Проведено** | | | | **Не проведено** |
| ФИО донора | Код теста на ВИЧ (по ф.4) | № и дата протокола, лаборатория обследования | Результат теста | МО, направившая кровь для теста | Дата забора крови для теста | Код теста (по ф.4) | № и дата протокола, результат | Причины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Примечания:*

1. *Таблица должна быть заполнена в электронном формате, при отсутствии такой возможности данные вносятся в нее печатными буквами.*
2. *Данные нареципиента заполняются по каждой процедуре ВРТ.*
3. *При отсутствии результатов теста на ВИЧ до ВРТ процедура не должна проводиться, но если проведена – указать причину (столбец 16).*

Дата составления отчета: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Исполнитель**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*должностьФ.И.О. подпись*

**Руководитель МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ф.И.О. подпись*

МП

Таблица 4

**Отчет медицинской организации о реципиентах,**

**прошедших процедуры ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) - пересадка половых клеток.**

**Наименование МО, предоставляющей отчет:\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Количество реципиентов за** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_ **года:** \_\_\_\_\_

*отчетный месяц по данным информации о реципиентах, прошедших ВРТ*

**Сведения об обследовании на ВИЧ-инфекцию подлежащих реципиентов ПОСЛЕ процедуры ВРТ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Личные данные реципиента** | | | | **Данные о процедуре ВРТ** | | **Тестирование на ВИЧ реципиента после ВРТ** | | | | | |
| Ф.И.О. | Число, месяц, год рождения | Домашний адрес (область, район, город/село, улица, дом, квартира) и контактный телефон | МО, готовившая к ВРТ(название, место расположения) | Место проведения процедуры | Дата процедуры | **Проведено** | | | | | **Не проведено** |
| Интервал между ВРТ и тестом на ВИЧ | МО, направившая кровь для теста | Дата забора крови для теста | Код теста (по ф.4) | № и дата протокола, результат | Причины |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Примечания:*

1. *Таблица должны быть заполнена в электронном формате, при отсутствии такой возможности данные вносятся в нее печатными буквами.*
2. *В столбце 8 указывается интервал в месяцах между датой ВРТ и датой забора крови на ВИЧ. В случае тестирования подлежащих в несоответствующие требованиям сроки (не через 1 и 3 месяца, а раньше или позже), указать причину в виде примечаний к отчету.*
3. *В расшифровке причин, по которым тестирование подлежащих не было проведено (столбец 13), указать: место выбытия при выезде, наличие письменного отказа, дату смерти при летальном исходе. В ОЦ СПИД необходимо предоставлять копии документов, подтверждающих отказ от обследования.*

Дата составления отчета: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Исполнитель**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*должностьФ.И.О. подпись*

**Руководитель МО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ф.И.О. подпись*

МП