

МОТИВИРАНО ИСКАНЕ - ПРИЕМНО-ПРЕДАВАТЕЛЕН ПРОТОКОЛ

№...../дата.....

за предоставяне на лекарствени продукти за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи;
спешно възникнали състояния и/или усложнения на вродените коагулопатии, при които е
необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции

От.....
(наименование на лечебното заведение)

ЕИК.....

Днес 20..... г. час

Д-р.....
(име, фамилия, специалност, длъжност, отделение, клиника)

след като прегледа пациента
.....
(трите имена на пациента)

с ЕГН
адрес.....

Установи следното:

Повод за настоящата хоспитализация:

ИЗ №....., дата на приемане КП на приемане.....

Диагноза..... МКБ.....

Органна локализация на кръвоизлива:

Тежест на кръвоизлива:

Общо състояние на пациента:

Телесно тегло:.....

Необходими/предстоящи/проведени медицински процедури:

И се свърза с най-близкото лечебно
заведение..... субсидирано за осигуряване на
комплексно лечение, включващо прилагане на фактор и/или фибриноген при
животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти
с вродени коагулопатии
След проведена консултация с д-р..... на дата час.....
(име и фамилия на дежурния хематолог/ хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване
на пациенти с вродени коагулопатии) се прецени, че за провеждане на интензивно лечение при
пациента е необходимо осигуряване на следния/те коагулиращ/и фактор/и и/или фибриноген:

№ на ред	АТС код	Наименование на лекарствения продукт	Опаковка	IU	Брой	Ед.цена (лева)	Стойност (лева)

за часа/дни

Дата и час на предаване/получаване

Лечебно заведение, което предоставя продукта

(хематолог – име, фамилия, подпис)

(Представяващ ЛЗ – име, фамилия, подпис, печат)

Лечебно заведение, което получава продукта

(име, фамилия, подпис на лекаря)

(Представяващ ЛЗ – име, фамилия, подпис, печат)