

**Приложение 9
к приказу Минздрава СССР
от 7 августа 1985 г. N 1055**

Место для марки крови N _____

Минздрав СССР
Наименование
учреждения

**Медицинская документация
форма N 407/у
Утверждена Минздравом СССР
от 7 августа 1985 г. N 1055**

Карта донора резерва

**Первичный, первый раз в текущем году, повторный, родственник
(подчеркнуть)**

Дата _____	Населенный пункт _____	Кем направлен _____
Ф.И.О. _____	Группа крови _____	Подпись _____
Год рождения _____	Гемоглобин _____ г/л	_____
Профессия _____	Взято _____ мл	_____
Место работы _____	_____	_____
Домашний адрес (район) _____	Контроль группы крови _____	_____
Донор при опросе нижеперечисленные заболевания отрицает: гепатит, туберкулез, бруцеллез, малярию и др. хронические и острые заболевания. Операции. Гемотрансфузии.	Резус принадлеж. полож. _____ отриц. _____ Реакция на сифилис отриц. _____ Реакция Хеддльсона отриц. _____ НВ-антиген полож. отриц. _____ Билирубин отриц. _____	_____
Донор осмотрен. Пульс__ уд.в 1 мин А.Д._____ мм.рт.ст. Здоров. Кроводача разрешена в дозе _____ мл. на консервацию, стандартную сыво- ротку (подчеркнуть). Причина отвода донора от кроводачи _____	Контакт по инфекционным заболеваниям: да, нет _____ Состоит на учете по кож- вен. заболеваниям: да, нет _____	_____
Врач _____ (подпись)	Кровь пригодна: для переливания, на переработку. Бракуется. (подчеркнуть) Врач _____ (подпись)	_____

Оборотная сторона

Подписка донора

"Даю подписку в том, что я не болел и не болею сифилисом. В случае заболевания обязуюсь немедленно сообщить об этом учреждению службы крови. Мне известно, что за скрытие данного заболевания я подлежу уголовной ответственности."

Подпись :

www.genlayn.ru