

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 041/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

ЭТИКЕТКА
на флакон с костным мозгом,
размороженным для трансплантации

Название учреждения, подготовившего костный мозг к
трансплантации

_____ число
_____ месяц _____ час _____ 20 _____ г.

Группа крови _____

Резус-принадлежность _____

Донор _____
№ _____ Стерильно

Объем костномозговой взвеси _____

Количество ядросодержащих клеток _____

Жизнеспособность ядросодержащих клеток _____

Ограждающий раствор _____

Срок годности костного мозга (час, дата) _____

Врач _____

Примечание:

Перед трансплантацией костного мозга врач обязан проверить:

- 1) группу крови больного;
- 2) группу трансплантируемого мозга;
- 3) совместимость костного мозга донора с сывороткой крови больного;
- 4) произвести биологическую пробу.

Трансплантацию костного мозга производить капельно внутривенно
(или внутрикостно).