

ЕИК по БУЛСТАТ	
Юридическа единица	Клон/поделение
_____	_____
Лечебно заведение _____	
Адрес _____	
Град/село _____	
Област _____	
Телефон: _____	e-mail: _____

СТАТИСТИЧЕСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ
Формуляр "3 – Трансфузионна
хематология" – 380
годишен

Утвърден от Националния статистически институт.
 Утвърден от Министерството на здравеопазването.
 Представя се на РЗИ от центъра (отделение) по трансфузионна хематология.

ОТЧЕТ
НА ЦЕНТЪРА ЗА ТРАНСФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ ЗА 201... г.

Раздел I. ПЕРСОНАЛ В КРАЯ НА ГОДИНАТА

(Брой)

a	Ши-фър	Длъжности		Физически лица		
		По щат	Заети, вкл. по съвместителство	Общо	от тях: по основен трудов договор	
					общо	с призната специалност
б	1	2	3	4	5	
Персонал – общо (ш.02+05+10)	01					
Лекари – всичко (ш.03+04)	02					
Лекари по трансфузионна хематология	03					
Други лекари	04					
Медицински специалисти по здравни грижи (ш.06 до 09)	05					x
Фелдшери	06					x
Медицински сестри	07					x
Медицински лаборанти	08					x
Други	09					x
Друг персонал	10					x
Други специалисти с висше немедицинско образование	11					x
Биолози	12					x
Химици	13					x
Технолози	14					x
Санитари	15					x

Раздел II. СТРУКТУРНИ ЗВЕНА

(Брой)

a	Ши-фър	Отделения	Лаборатории	Сектори
б	1	2	3	
Осигуряване на качеството на кръв и кръвни продукти	01			
Вземане на кръв	02			
Контрол на кръвта	03			
Диагностика на трансмисивни инфекции	04			
Имунохематологична диагностика	05			
Качествен контрол на състава на кръвта	06			
Преработка на кръв	07			
Съхранение и експедиция на кръв	08			
Други	09			

Раздел III. ДЕЙНОСТ

	Шифър	
а	б	1
Взета пълноценна кръв	01	
в т.ч.: платена	02	
Взета кръв с консервант	03	
Преработена кръв	04	x
Получен еритроцитен концентрат	05	
Получена прясно замразена плазма	06	
Получен тромбоцитен концентрат	07	
Получена плазма за фракциониране	08	
Унищожена кръв, унищожен еритроцитен концентрат, унищожена плазма	09	
Експедирани за лечебните заведения	10	x
Еритроцитен концентрат	11	
Тромбоцитен концентрат	12	
Прясно замразена плазма	13	

Съставил:
(име, телефон)

Ръководител на ЛЗ:
(подпис, печат)

Дата:

Директор на РЗИ:
(подпис, печат)