ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров’я України
22 січня 2024 року № 106

Найменування (або прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)) та місцезнаходження (або місце проживання) (повна поштова адреса) суб’єкта системи крові, де заповнюється форма	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**
_____ _____	Форма первинної облікової документації
	№ 436/о
Код згідно з ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків чи серія (за наявності) та номер паспорта	**ЗАТВЕРДЖЕНО**
	Наказ МОЗ України
	2 2 0 1 2 0 2 4 № 1 0 6

Довідка №_____
щодо медичного обстеження донорів крові та/або компонентів крові

Видана донору крові та/або компонентів крові _____
(прізвище,
_____ про те, що він (вона)
власне ім’я, по батькові (за наявності)

«____» _____ 20 _____ р. пройшов (пройшла) медичне обстеження,
(день місяць рік)

за результатами якого не був (була) допущений (допущена) до донації крові та/або компонентів крові.

Довідку видано для пред’явлення за місцем роботи, навчання, служби.

Дата видачі «_____» _____ 20_____ року

М. П.
(за наявності)

_____ посада працівника суб’єкта системи крові
_____ підпис
_____ прізвище та ініціали

✂ ..... *лінія відрізу*.....

Контрольний талон до довідки №_____
щодо медичного обстеження донорів крові та/або компонентів крові

Дата видачі «_____» _____ 20_____р.

1. Найменування (або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) суб'єкта системи крові _____
_____

2.Місцезнаходження (або місце проживання) суб'єкта системи крові _____
_____

3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) донора крові та/або компонентів крові _____
_____

4. Довідку видав: _____
_____

(посада, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) працівника суб'єкта системи крові)

М.П.
(за наявності)

Довідку отримав: _____ _____
підпис прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) донора крові та/або компонентів крові

Директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій **Василь СТРІЛКА**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров’я України
22 січня 2024 року № 106

Інструкція
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 436/о «Довідка №_____ щодо медичного обстеження донорів крові та/або компонентів крові»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 436/о «Довідка №_____ щодо медичного обстеження донорів крові та/або компонентів крові» (далі – форма № 436/о).

2. Форма № 436/о ведеться в суб’єктах системи крові, заповнюється працівниками, визначеними в суб’єктах системи крові, та реєструється у відомості про видачу донорам талонів на харчування і довідок для додаткового дня відпочинку за формою медичної облікової документації № 439/о «Відомість на видачу донорам талонів на харчування і довідок для надання додаткового дня відпочинку», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 07 липня 2003 року № 301».

3. У верхньому лівому куті форми № 436/о зазначаються найменування (або прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)) місцезнаходження (або місце проживання), код згідно з ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків чи серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серію та номером паспорта) суб’єкта системи крові, де заповнюється форма.

4. В тексті форми № 436/о зазначається інформація про медичне обстеження донора крові та/або компонентів крові, а саме:

прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) донора крові та/або компонентів крові;

дата медичного обстеження донора крові та/або компонентів крові;

дата видачі.

5. Форма № 436/о підписується працівником суб’єкта системи крові, який її заповнив, та завіряється печаткою (за наявності) суб’єкта системи крові.

6. Після заповнення форми № 436/о заповнюється контрольний талон до форми № 436/о, який залишається в суб’єкті системи крові для обліку виданих довідок. Контрольний талон містить інформацію про:

дату видачі;

найменування (або прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)) та місцезнаходження (або місце проживання) суб’єкта системи крові, в якому було

здійснено медичне обстеження;

прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) донора крові та/або компонентів крові;

посаду, прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) працівника суб’єкта системи крові, який видав (ла) форму № 436/о;

підпис та прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) донора крові та/або компонентів крові, який отримав довідку.

7. Контрольний талон до форми № 436/о завіряється печаткою (за наявності) суб’єкта системи крові.

Директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій **Василь СТРІЛКА**