

0127/2016

Dodatek č. 1

Ke smlouvě o spolupráci ze dne 28. června 2013

Smluvní strany:

- 1. Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha**
příspěvková organizace zřízená Ministerstvem obrany ČR
se sídlem: U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
IČ: 61383082
DIČ: CZ61383082
zastoupená: prof. MUDr. Miroslavem Zavoralem, Ph.D., ředitelem
(dále jen „ÚVN“)
- 2. Ústav pro péči o matku a dítě**
se sídlem: Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4 – Podolí
IČ: 00023698
DIČ: CZ00023698
Zastoupená: doc. MUDr. Jaroslavem Feyereislem, CSc., ředitelem
(dále jen „ÚPMD“)

uzavřely níže uvedeného dne, měsíce a roku tento dodatek č. 1 ke Smlouvě o spolupráci ze dne 28. června 2013.

I.

Smluvní strany se dohodly, že smlouva o spolupráci mezi nimi uzavřená dne 28.6.2013 se mění a doplňuje takto :

- 1) Ujednání čl. II odst. 3 se nahrazuje zněním :

„Účastníci se dohodli, že za podmínek dodržení správné výrobní praxe při skladování transfuzních přípravků, bude v případě potřeby a po vzájemné dohodě prováděna obměna dodaných erytrocytárních transfuzních přípravků, pokud jejich zbývající doba použitelnosti nebude kratší než 14 dní. Podmínkou je písemný seznam vrácených transfuzních přípravků, výtisk z monitorovacího systému teplot, monitorovaný transport a potvrzení kvalifikovanou osobou krevní banky ÚMPD, že přípravky splňují požadavky na kvalitu a další použití. Plazma, trombocyty a případně speciální přípravky (např. promyté erytrocyty) se neobměňují. Formulář „Protokol o vrácení vydaných transfuzních přípravků z ÚPMD“ předmětné smlouvy je v nové podobě, která tvoří Přílohu č. 3 tohoto dodatku. V případě zjištění nedodržení podmínek skladování nebo jiných vad vráceného transfuzního přípravku, nebude zpětné vrácení přípravku dodavatel akceptovat.“

- 2) Ujednání čl. II se doplňuje o nový odstavec 6 v tomto znění:

„ÚVN se dále zavazuje za úplatu provádět vyšetření potransfuzní reakce, včetně interpretace nálezu. Formulář Hlášení potransfuzní reakce je v Příloze č. 1 tohoto dodatku. Výsledek vyšetření potransfuzní reakce bude zaslán zpět na formuláři, který je uveden v Příloze č. 2 tohoto dodatku.“

- 3) Ujednání čl. II se doplňuje o nový odstavec 7 v tomto znění:

**„Cena za vyšetření potransfuzní reakce.....2.200,- Kč
Příplatek za mimořádné otypování a výběr transfuzního přípravku.....690,- Kč“**

- 4) Ujednání čl. III se nahrazuje zněním :

„Dodavatel se zavazuje provádět identifikaci a určení titru protilátek proti erytrocytům formou vyžádané péče a v rámci možností laboratoře doporučení pro výběr erytrocytárních transfuzních přípravků (výběr

krevně skupinového přípravku podle identifikace protilátky) a též jejich dodání. Speciální laboratorní vyšetření, jako např. identifikace nepravidelné protilátky nebo mimořádné typování transfuzních přípravků, jsou dostupná jako statimové vyšetření v nepřetržité pracovní době.“

II.

1. Dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem jeho podpisu oběma smluvními stranami.
2. Smluvní strany shodně prohlašují, že si tento dodatek před jeho podpisem přečetli a že tento dodatek byl uzavřen podle jejich pravé a svobodné vůle, určitě, vážně a srozumitelně nikoliv v tísni za nápadně nevýhodných podmínek.
3. Ostatní ustanovení předmětné smlouvy zůstávají nezměněna.
4. Dodatek se vyhotovuje ve dvou stejnopisech, s tím, že každá ze smluvních stran obdrží po jednom výtisku.

Příloha č. 1: Hlášení potransfuzní reakce

Příloha č. 2: Zpráva o vyšetření potransfuzní reakce

Příloha č. 3: Protokol o vrácení vydaných transfuzních přípravků z ÚPMD

03-05-2016

V Praze dne2016



prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.
Ředitel
Ústřední vojenské nemocnice –
Vojenské fakultní nemocnice Praha



V Praze dne2016



doc. MUDr. Jaroslav Feyreisl, CSc.
Ředitel
Ústav pro péči o matku a dítě

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Pediatrické nádraží 157
PSČ 14710 PRAHA 4 - PODOLÍ

HLÁŠENÍ POTRANSFUZNÍ REAKCE

Oddělení:

Příjmení a jméno:

Rodné číslo: Pojišť'ovna:

Indikace k transfuzi:

Jméno a IČZ indikujícího lékaře:

Diagnóza:

Předtransfuzní anamnéza:

Podaný transfuzní přípravek:

Druh a krevní skupina:

Aplikované množství (ml nebo počet T.U.):

Evidenční číslo a výrobce:

Výsledek zkoušky slučitelnosti, datum:

Výsledek zajišť'ovací zkoušky, kdo ji prováděl, datum a hodina:

Popis potransfuzní reakce:

Čas zahájení transfuze: Čas ukončení transfuze:

Čas počátku reakce:

Doba trvání reakce:

Reakce odezněla samovolně? ANO x NE

Byly podány léky (případně jaké)?

Hodnocení potransfuzní reakce:

závažná

lehká

.....
datum

.....
podpis a razítko

Postup a opatření při potransfuzní reakci:

1. Transfuze je okamžitě přerušena a její dokončení se již nedoporučuje. Pouze při velmi lehké reakci je možné uvažovat o jejím dokončení po odeznění příznaků reakce.
2. Podniknou se eventuelní příslušná léčebná opatření podle míry závažnosti reakce a klinických příznaků.
3. Lékař vyplní formulář „Hlášení potransfuzní reakce“, kde zakroužkuje příslušné hodnocení (závažná – lehká).
4. Ke kontrolnímu laboratornímu vyšetření na OHKT se spolu s „Hlášením“ odešle:
 - vak se zbytkem transfuzního přípravku (spolu s transfuzní soupravou – neodpojovat!);
 - jednu zkumavku nesrážlivé krve pacienta (6 ml K3 EDTA), nabranou z nové venepunkce.
5. Pacient se dále monitoruje (podle závažnosti, minimálně 24 hod. – moč, TK).

Protokol o vrácení vydaných transfuzních přípravků z ÚPMD

Soupis vydaných a vrácených transfuzních přípravků:

Přípravek:	Evidenční číslo:	datum a čas vydání:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Vyplní kvalifikovaná osoba Krevní banky ÚPMD:

Prohlašuji, že vrácené transfuzní přípravky byly po celou dobu skladovány předepsaným způsobem (tj. při kontrolované a zdokumentované teplotě 2-6°C), nebylo s nimi nevhodným způsobem manipulováno a jsou způsobilé k dalšímu použití podle uvedené doby použitelnosti a v souladu s Vyhl. MZ ČR č.143/2008.

.....
jméno a podpis

Vydal dne:....., hod:.....

Převzal dne:....., hod:.....

Jméno:....., podpis:.....

Jméno:....., podpis:.....

Teplota při výdeji:.....

Teplota při příjmu:.....

Transfuzní přípravky přijaté bez známek poškození : ANO / NE

Podmínky přepravy: Transfuzní přípravky vydané k transportu za předepsaných podmínek. Přepravce byl seznámen s podmínkami přepravy.

.....
Jméno a podpis přepravce

Vyjádření kvalifikované osoby OHKT ÚVN Praha:

Přípravky jsou – nejsou způsobilé k dalšímu použití.

.....
jméno a podpis

Zpráva o vyšetření potransfuzní reakce:

Oddělení:

Příjmení a jméno:

Rodné číslo: Pojišťovna:

Transfuzní přípravek: název:

 evid. číslo:

Kontrola KS:

přípravku: pacienta ze vzorku před reakcí:..... po reakci:.....

Kontrola nepravidelných protilátek pacienta:

ze vzorku před reakcí:..... .po reakci:.....

Kontrola zkoušky kompatibility:

TP se vzorkem před reakcí:..... TP se vzorkem po reakci:.....

Přímý antiglobulinový test pacienta ze vzorku po reakci:.....

.....
datum provedení vyšetření

.....
vyšetření provedl

Zkouška sterility:

Zhodnocení:

.....

.....

.....
datum zhodnocení

.....
zhodnotil