

	BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA REGIONAL COCHABAMBA	CODIGO
	REGISTRO	RG-DH-006v003
		VERSION
SOLICITUD MÉDICA DE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES		003
		Página 1 de 1

SERVICIO DE SALUD _____

N° 001101

FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD.....

RECEPTOR:

Nombre del paciente Edad..... Sexo..... Peso.....

No. de Historia Clínica..... Servicio..... Sala..... Cama.....

Diagnósticos: 1)..... 2)..... 3).....

Motivo de Transfusión:

ANTECEDENTES

Transfusiones Previas	SI	NO	DESCONOCE		
Reacciones Transfusionales Previas	SI	NO	DESCONOCE		
Numero de Embarazos			Embarazo Actual	SI	NO
Antecedentes de EHRN	SI	NO	Óbito Fetal	SI	NO

Exámenes realizados al receptor previos a la transfusión:

Estudio	Resultado	Fecha	Estudio	Resultado	Fecha	P. Compatibilid.	Resultado	Fecha
Grupo Sanguíneo ABO			Rh			Albumina		
Hemoglobina			Hematocrito			Coombs		
Leucocitos			Plaquetas			S. Fisiológico		
T. de Protrombina			APTT			Bromelina		

TRANSFUSION DE URGENCIA SI NO **EN EL DIA** SI NO **PROGRAMADA** SI NO

Marque	Tipo de Hemocomponentes Solicitados	Nº. de Unidades o Volumen a Transfundir	Prueba de Compatibilidad
	Sangre Total (ST)		
	Concentrado de Glóbulos Rojos (CGR)		
	Concentrado de Glóbulos Rojos Lavados (CGRL)		
	Concentrado de Plaquetas (CPQ)		
	Plasma Fresco Congelado (PFC)		
	Plasma Refrigerado (PR)		
	Crioprecipitado (CRIO)		

Nombre Médico Solicitante	Matricula Profesional	Firma	Sello

NOTA:

1. La determinación del Grupo Sanguíneo y Rh debe ser tipificada de acuerdo a la Técnica en tubo.
2. Toda Hemocomponentes debe ser compatibilizada antes de transfundirse., por lo que recomendamos enviarnos una muestra del receptor a) (3 ml de sangre + Anticoagulante) b) (8 ml. de sangre sin anticoagulante).
3. La responsabilidad de la transfusión es del Medico tratante.