

**BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA REGIONAL DE COCHABAMBA**

SERVICIO DE SALUD \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES**

FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD .....

**RECEPTOR:**

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

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

Diagnosticos : 1) ..... 2) ..... 3) .....

Motivo de transfusión: .....

**ANTECEDENTES**

Transfusiones Previas	SI	NO	DESCONOCE		
Reacciones Transfusionales Previas	SI	NO	DESCONOCE		
Numero de embarazos	SI	NO	Embarazo actual	SI	NO
Antecedentes de EHRN	SI	NO	Obito 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 Hemocomponente solicitado	No. de unidades o Volumen a transfundir
	Sangre Total (ST)	
	Concentrado de Glóbulos Rojos (CGRS)	
	Concentrado de Plaquetas (CP)	
	Plasma Fresco Congelado (PFC)	
	Plasma Refrigerado (PR)	
	Crioprecipitado (CR)	

Nombre Médico solicitante	Matricula Profesional	Firma	Sello

Original: BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA REGIONAL

Hoja Amarilla: HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Hoja Verde : SERVICIO DE SALUD

**NOTA:**

1. La determinación del Grupo Sanguíneo y Rh debe ser tipificada de acuerdo a la Técnica en tubo.
2. Toda unidad de hemocomponente 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 la del Medico tratante.