



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA
BANCO DE SANGRE
Calle Curicó 245. Santiago

N° muestra:

SOLICITUD DE EXAMEN DE INMUNOHEMATOLOGÍA

Antecedentes del paciente:

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido:

F. Nacimiento: Edad: R.U.N.: -

Ficha (DAU): Sexo: F: ☐ M: ☐

Datos clínicos

Diagnóstico:

EXÁMENES

Grupo ABO Rh D:

☐

Detección de Anticuerpos Irregulares:

☐

Prueba de Antiglobulina Directa:

☐

Otros:

Nombre médico: Firma: Fecha: / / 20

Instrucciones para llenar solicitud:

- El médico debe llenar todos los campos disponibles con letra clara imprenta.
- Rotulado de muestra para Banco de Sangre
Muestra debe ser en tubo tapa lila de 6 mL bien rotulada. Esto es:
 - Nombre y Dos apellidos:** Si no tiene segundo apellido se reemplaza por un guión medio.
Si el paciente es NN se anotará NN seguido del sexo (ejemplo: NN Masculino). Luego edad aproximada.
 - N° Ficha:** Anotar ficha (si no tiene ficha, reemplazar por los últimos 6 dígitos del DAU).
 - R.U.N.:** RUN completo. Si no se dispone de RUN anotar un guión medio. No confundir RUT con RUN.

Ejemplos:

Juan
Pérez Pérez
N° F: 123456
RUN: 12345678-K

NN Masculino
35 años
N° F: 123456
RUN: -----

Recepción Banco de Sangre:

Fecha: / / 20 Hora: :

Causa de rechazo:

Recepción:

Iniciales nombre

T.M. resultado

Iniciales nombre

Funcionario

retira resultado:

Iniciales nombre