



Grupo

ABO - Rh

Det. Ac. Irregulares

OI / OII / OIII

Firma T.M.

Nº Solicitud

Fecha:

/

/

Hora:

:

## SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

**Identificación del paciente** (el médico debe completar todos los campos, recordar pedir donantes a familiares)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Servicio

Sala

Cama

Nº de Ficha o DAU

Edad

Sexo

M

F

Diagnóstico

RUT /Identificación HUAP

Peso (Kilos)

### Laboratorio

Hematocrito:  %

Hemoglobina:  gr/dL

Rcto. Plaquetas:  /mm3

TP:  % I.N.R.:

TPPA:  %

Fibrinógeno:  mg/dL

### Motivo de transfusión

- 1.- Anemia Sintomática
- 2.- Hemorragia activa
- 3.- Coagulopatía
- 4.- Posible sangrado en cirugía
- 5.- Compromiso Hemodinámico
- 6.- Patología concomitante
- 7.- Gran quemado
- 8.- Adulto Mayor
- 9.- Otros \_\_\_\_\_

### Antecedentes relevantes

- Insuficiencia renal  
Insuficiencia cardiaca  
Insuficiencia respiratoria  
Inmunodepresión  
Transfusiones previas  
Patología autoinmune

### Componentes sanguíneos

### Cantidad

Glóbulos Rojos

Plasma Fresco Congelado

Plaquetas

Crioprecipitados

### Carácter de Transfusión

**Inmediata:** (Sin pruebas de compatibilidad, hasta 10 minutos).

Obs:

**Urgente:** (Con pruebas de compatibilidad, entre 40 minutos y 4 horas).

**No Urgente:** Dentro de 12 horas.

**Reserva:**

Fecha:

/ /

Hora:

: :

Nombre del médico solicitante

Firma

R.U.T.





### A llenar por la Unidad de Medicina Transfusional

Recepción Hora \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Responsable:

Transfusiones previas:

Reacciones adversas:

Unidades Transfundidas (anotar últimos 6 dígitos)

<input type="text"/>							
<input type="text"/>							

Grupo Recontrol:

Obs: