



Hosp. Urgencia Asistencia Pública
Banco de Sangre
Unidad de Medicina Transfusional
Anexo : 281134

Grupo

ABO - Rh

Det. Ac. Irregulares

OI / OII / OIII

Firma T.M.

N° Solicitud

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Fecha:

Hora:

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

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Servicio

Sala

Cama

N° 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 cardíaca
- Insuficiencia respiratoria
- Inmunodepresión
- Transfusiones previas
- Patología autoinmune

Componentes sanguíneos

Cantidad

Carácter de Transfusión

Glóbulos Rojos

Plasma Fresco Congelado

Plaquetas

Crioprecipitados

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

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

No Urgente: Dentro de 12 horas.

Reserva:

Obs:

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)

Grupo Recontrol:

Obs:

Iniciales transfusionista/s