

SOLICITUD TRANSFUSIONAL

EG05-FR08

N° de Cuenta:

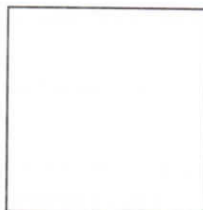
DATOS PERSONALES:		N° Historia Clínica:	
Apellidos y Nombres:			
N° DNI:		Fecha de Nacimiento:	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Edad: años	Grupo Sanguíneo:	Factor Rh:
Servicio:	Sala:	N° de Cama:	
Transfusiones previas: ☐ SI ☐ NO ☐ DESCONOCIDO			
Reacciones Transfusionales anteriores: ☐ SI ☐ NO ☐ DESCONOCIDO			
Embarazos previos		Abortos; Incompatibilidad Materno Fetal:	
Diagnóstico de Enfermedad:			
Valores de exámenes de laboratorio del paciente:		Hematocrito: %	
Hb: g/dl		Plaquetas: Proteínas totales: g/dl	
Requerimiento: ☐ Sangre Total unidades ☐ Paquete Globular unidades ☐ Plasma Fresco Congelado unidades ☐ Crioprecipitado unidades		☐ Plasma Residual unidades ☐ Plaquetas Simples unidades ☐ Plaquetas por Aféresis unidades ☐ Unidades Pediátricas unidades	
FECHA:		HORA:	
Firma y Sello del Médico Solicitante MÉDICO:		REQUERIMIENTO: ☐ MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ☐ URGENTE ☐ PROGRAMADA	
Se autoriza para remitir la unidad sin prueba cruzada:			
Firma y Sello del Médico Tratante			
ATENCIÓN EN BANCO DE SANGRE: HORA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD: HORA DE PREPARACIÓN DE HEMOCOMPONENTE:			

EG05-FR12

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuales son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma y Sello
del Médico Solicitante



Huella digital
del paciente

Firma del Receptor, Padre o Apoderado
Nombre y Apellido completo

TIPO DE SANGRE, COMPATIBILIDAD, CERTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN
(PARA EL BANCO DE SANGRE)

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh DEL RECEPTOR: _____

Exámenes efectuados: Anti VIH 1,2, Sífilis, Anti HTLV1,2, Anti Chagas, HBsAg, Anti Core VHB, Anti VHC: **NO REACTIVOS**

Verifico Resultados NO REACTIVOS de exámenes y correspondencia de la unidad para el paciente.

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD

UNIDAD	FECHA EXTRACCIÓN	VOL.	GS. Y F. Rh	SELLO DE CALIDAD N°	C.I.	ALB.	37°C	COOMBS	C.C.C.	RESULTADO	NOMBRE/FIRMA

Muestra de sangre del paciente obtenida por _____

Firma y Post Firma

PERSONAL QUE RECEPCIONÓ EL HEMOCOMPONENTE:

Nombre y Apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: / /

Hora: _____