

Solicitud de transfusión

Servicio de Medicina Transfusional



Fecha:	Hora:
--------	-------

Datos del profesional médico solicitante

Nombre y apellido:
Teléfono:

Datos del paciente

Nombre y apellido:				
DNI:	Edad:	Sexo:	Número de registro:	Cama:

Enfermedad actual:
Diagnóstico de ingreso:
Motivo del pedido:

Hemocomponente solicitado	Último laboratorio fecha:	Cantidad solicitada	Hemocomponente solicitado:	Último Laboratorio fecha:	Cantidad solicitada
GRD	HgB:		PFC	TP:	
	HTO:			KPTT:	
Plaquetas	Rec:		Crioprecipitados	Fibrinóg:	
	Plq:				
Irradiado:	<input type="checkbox"/>	Filtrado:	<input type="checkbox"/>	Alicuotado:	<input type="checkbox"/>

Carácter de la solicitud: (marca con una "X")

Urgente (dentro de las 3hs) <input type="checkbox"/>	Extrema urgencia (sin pruebas de compatibilidad) <input type="checkbox"/>
No urgente (dentro de las 24hs) <input type="checkbox"/>	Programado para: (indicar fecha y hora) <input type="checkbox"/>
Reserva:	Para el día
	Hora

“Los hemocomponentes NO serán trasfundidos, solo se reservarán”

Recibido por Hemoterapia: Fecha y Hora	Firma y sello del médico solicitante
--	--------------------------------------

