

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Quién es su médico obstetra:

Tiempo de Gestión en semanas: _____

Pegar Etiqueta Identificadora

Por favor conteste los siguiente marcando SI o NO con una X:

Le han hecho:

- ¿Amniocentesis? SI NO
- ¿Estudio de Vellosidades Coriónicas? SI NO

¿Recibió transfusiones intrauterinas? SI NO

¿Recibió gammaglobulina anti-RHD? SI NO

¿La última cuándo? _____

¿Tuvo embarazo anteriormente? SI NO

¿Cuántos embarazos tuvo? _____

¿Tuvo embarazos y/o partos con problemas de incompatibilidad sanguínea con sus hijos? SI NO

¿Alguno de sus hijos recibió transfusiones al nacer? SI NO

¿Perdió algún embarazo? SI NO

¿Padece de diabetes? SI NO

¿Padece de Hipertensión? SI NO

¿Padece de Alergias? SI NO

¿A qué? _____

¿Alguna vez recibió transfusiones? SI NO

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Alguna vez se operó de algo? SI NO

¿De qué? _____

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN

Motivo del estudio: _____

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Grupo y RH | <input type="checkbox"/> PCD(*) | <input type="checkbox"/> PCI (*) | <input type="checkbox"/> Reserva de HC: |
| <input type="checkbox"/> Grupo, RH y DAI | <input type="checkbox"/> Crioaglutininas(*) | | <input type="checkbox"/> Transfusión programada _____ |
| <input type="checkbox"/> Perinatal | <input type="checkbox"/> Titulación(*) | | _____ |

(*) Siempre se deberá complementar con: GS, RH y DAI.