



UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
HOSPITAL PENCO – LIRQUÉN

## SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ SALA/CAMA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

### EXÁMENES:

HEMATOCRITO: \_\_\_\_\_% HEMOGLOBINA: \_\_\_\_\_mg/dL

RECuento de PLAQUETAS: \_\_\_\_\_/MI.

HEMODERIVADO	CANTIDAD	HEMODERIVADO	CANTIDAD
GLÓBULOS ROJOS		PLAQUETAS	
GLÓBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDOS		AUTOTRANSFUSIÓN	
PLASMA FRESCO CONGELADO		HEMAFÉRESIS	
CRIOPRECIPITADO		OTROS	

CARÁCTER DE LA TRANSFUSIÓN: \_\_\_\_\_ INMEDIATA SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

(Responsabilidad del médico que la indica)

TRANSFUSIONES PREVIAS

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

REACCIONES ADVERSAS

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ URGENTE (DE 1 A 4 HORAS)

\_\_\_\_\_ DENTRO DEL DÍA

\_\_\_\_\_ RESERVA

\_\_\_\_\_ OTROS

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO UNIDAD MEDICINA TRANSFUSIONAL.**

<b>RECEPCIÓN</b>	FECHA:	HORA:	RESPONSABLE:
<b>DESPACHO</b>	FECHA:	HORA:	RESPONSABLE:
<b>INSTALACIÓN</b>	FECHA:	HORA:	RESPONSABLE:

**CONTROL DE TERAPIA TRANSFUSIONAL**

CLASIFICACIÓN ABO Y Rh: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RE-CLASIFICACIÓN ABO Y Rh: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD MAYOR: \_\_\_\_\_

Nº DE UNIDADES \_\_\_\_\_

Nº UNIDAD								
GRUPO Y RH								
HEMODERIVADO								
VOLUMEN								
<b>INICIO</b>								
HORA								
TEMPERATURA								
PULSO								
PRESIÓN ARTERIAL								
RESPONSABLE								
<b>10 MINUTOS</b>								
HORA								
TEMPERATURA								
PULSO								
PRESIÓN ARTERIAL								
RESPONSABLE								
<b>TÉRMINO</b>								
HORA								
TEMPERATURA								
PULSO								
PRESIÓN ARTERIAL								
RESPONSABLE								

Observaciones: \_\_\_\_\_