

## SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Fecha	26/10/2023.		Hora	
Nombre	Claudia Cid Mery		Edad:	64
Rut	8.878.296-8	Servicio:	oncología	Cama:
Diagnósticos:	Celynico / Dureia			
Tiene transfusión anterior	NO	SI	Reacción transfusional anterior	NO
Médico solicitante	M. H. Cordero		Firma	

GRUPO ABO /RhD

Uso exclusivo Banco de Sangre

## INDICACIONES

Glóbulos Rojos	2	Unid./ml.
Plasma fresco Congelado		Unid.
Crioprecipitados		Unid.
Plaquetas Manuales		Unid.
Plaquetas Aféresis		Unid.
Otro		
Autólogo <input type="checkbox"/>	Irradiado <input type="checkbox"/>	

EXÁMENES DE LABORATORIO	
HEMATOCRITO	26
HEMOGLOBINA	7.4
Rcto Plaquetas	181.600
Protrombina	
TTPK	
Fibrinógeno	

GRADO DE URGENCIA	
(ver tiempos al reverso)	
RESERVA PABELLON	
DURANTE EL DIA	X
URGENTE	
INMEDIATA: (<10 min)	
Sin pruebas de compatibilidad	

Observaciones y Pre medicación:

Todas las unidades de globulos rojos y plaquetas son filtrados salvo en caso de transfusión inmediata o de pabellón

## MOTIVOS DE LA INDICACIÓN

Hto = < 21% o Hb =< 7 gr/dl	Plaquetas = < 10.000 x mm3	T. Protombina alterado
Sangrado activo (Pabellón)	Plaq 10.000 a 50.000 c/comorbilidad	TTPK alterado
Sind anémico sint. Hto 21-30% X	Plaq =< 50.000 antes cirugía o proced.	CID
Enf Coron o ACV con Hto <30%	Difusión Plaquetaria	Paciente oncológico X
Otra comorbilidad:		

Reclasificación Sanguínea:	Rh:	Firma:
Fecha:		

Estimado Doctor,

La solicitud de Transfusión es un documento médico legal que debe ser solo completada por el médico responsable de la indicación.

Recuerde informar al paciente, y/o familia, que será transfundido y que deben aportar Donantes de Sangre voluntarios.

Al reverso de esta solicitud encontrará un resumen de las indicaciones transfusionales.

Teléfono: +56 2 2998 3592