SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN



Fecha /b/	12	23,	Hora / 200_							
Nombre completo		lac	n to	1/	sole	Le '	llas	PL	1	
Rut /2	. 06	1	056	_/2	Edad	53				
Servicio	hac	de	20 50		N° habita					
Diagnóstico	100	111	The state of	11/		Dece	ine			
Médico solicitante	Crus		21.1	nole	2	Firma		///		
a laine and the section	10	_	TI W	7 are				te	UL	
MOTIVO DE LA INDICACIÓN					RESULTADO DE EXÁMENES					
HEMATOCRITO <21%		SANG	RADO ACTIVO		HEMATOCRIT	0	121)	%	
SÍNDROME ANÉMICO		PRE.	QUIRÚRGICO		HEMOGLOBIN	I A	8,2	<u>)</u>	gr/dl	
OTRA	Pro	Pre-OT			TIEMPO DE P	ROTROMBINA			% actividad	
	116	11E-P1.			RECUENTO PLAQUETARIO		521.	000	x mm3	
V V					NECOENTO I	LI IQUE II II III	5 21.			
NDICACIÓN TRANS	FUSIONA	L				GRAD	O DE URGENC	IA		
HEMOCOMPONENTE	CANT	CANTIDAD FILTRADO		IRRADIA	DOS	INME	DIATA (<10 MIN)		2.5	
GLÓBULOS ROJOS	2)			-		URGENTE (<60 MIN) EN EL DÍA (6 HRS) PROGRAMADA FECHA			
PLASMA FRESCO CON	G.		N/A	N/A						
PLAQUETAS										
CRIOPRECIPITADOS	ECIPITADOS		N/A		N/A		RVA PABELLÓN			
(ESTOS D.	ATOS SON LL		UNIDAD DE M EXCLUSIVAMENTE	POR EL PER			CINA TRANSFUSIO	NAL)		
1.25.07					EAC. ADVERSAS PREVIAS					
				- NEA	L, ADVENSAS I	(LVIAS				
ALOINMUNIZACIÓN										
UNIDADES DESPA	CHADAS									
HEMOCOMPONENTE /	ABO RhD P	O RhD PRUEBA DE COMPATIBILIDAD			AD HORA INST. HORA TÉRMIN		IO REACCIÓN ADVERSA		TM RESP.INST.	
1										