**Reporte Transfusiones**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino Masculino

Registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha transfusión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo y RH

Terapia de Reemplazo Renal:

Diálisis Peritoneal

Hemodiálisis

NTRR

Trasplante

Indicación Transfusión:

Insuficiencia Cardiaca

Procedimiento Quirúrgico

Otros

|  |  |
| --- | --- |
| **Derivado Sanguíneo** |  |
| Paquete Globular |  |
| Plaquetas |  |
| Plasma Fresco Congelado |  |
| Sangre Completa |  |

Signos vitales al inicio del procedimiento:

PA

FC

Sat

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Médico responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nefrólogo que supervisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota de transfusión**

Previa autorización de los encargados, por indicación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se procede a realizar transfusión de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (derivado sanguineo ) al paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

, número de expediente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. La hora de inicio fue \_\_\_\_\_ y la hora de finalización fue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.