


Sello de Procedencia

SOLICITUD TRANFUSIONAL

Fecha 24 / 12 / 18

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos <i>Elizabeth Roldán Cordero</i>		N° Autogenerado: <i>671020-003</i>	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Edad: <i>49</i> años	Grupo: <i>O</i>	Rh: <i>A</i>
Servicio: <i>Oncología</i>	Sala:	Cama:	
Transfusiones previas: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
Reacciones Transfusiones anteriores: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO			
Embarazos previos:	Abortos:	Incomp. Materno Fetal:	
Diagnóstico de enfermedad: <i>Ca Colon + Ct</i>			
Molivo de Transfusión:			
Hb: <i>8.4</i> g/dl	Hto: <i>28</i> %	Plaquetas: <i>489</i> /mm ³	TPseg. TPTAseg.
Requerimiento: MARCAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Paquete globular:	Unidades: 2	<input type="checkbox"/> Plaquetas de pool:	Unidades:
<input type="checkbox"/> Plasma fresco:		<input type="checkbox"/> Plaquetas de aféresis:	
<input type="checkbox"/> Crioprecipitado:		<input type="checkbox"/> Otros:	
URGENTE <input checked="" type="checkbox"/>	PROGRAMADA <input type="checkbox"/>	 Firma y sello del médico tratante:	
MUY URGENTE: AUTORIZO TRANSFUSIÓN DE UNIDAD DE SANGRE			
PRUEBA CRUZADA: <input type="checkbox"/>	SIN MUESTRA: <input type="checkbox"/> Firma y sello del médico tratante:	
IMPORTANTE: Sólo se aceptarán las solicitudes que estén debidamente firmadas y selladas por el médico, con letra legible y con datos completos. No se aceptarán muestras de sangre: Hemolizadas, mal rotuladas, escasas o con nombres que no concuerden con la solicitud.			