

	BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA COCHABAMBA	CODIGO
	REGISTRO DE CALIDAD	RG-DH-006v006
	SOLICITUD MEDICA DE SANGRE Y/O HEMOCOMPONENTES	VERSION 006
		Página 1 de 1

LUGAR DE TRANSFUSIÓN:

Nombre del hospital/instituto/clínica/ centro de salud

.....
 Consulta externa Quirófano Urgencia Salas Historia Clínica..... N° de Cama.....

DATOS DEL RECEPTOR:

Nombre y apellido..... Edad..... Sexo.....

Estudio	Resultado	Estudio	Resultado
Grupo Sanguíneo ABO y Factor Rh		Hemoglobina	
N° Plaquetas		Hematocrito	

Diagnósticos: Motivo de Transfusión.....

Transfusión de: Urgencia En el día Programada para el día mes a horas

ESCRIBA EN EL RENGLÓN DEL O LOS HEMOCOMPONENTE (S) SOLICITADO (S)

Tipo de Hemocomponente(s) Solicitado(s)	Grupo Sanguíneo ABO y Factor Rh	Nº. de Unidades o Volumen a solicitadas	Observaciones (Aclare su solicitud en caso necesario)
Sangre Total (ST)			
Concentrado de Glóbulos Rojos (CGR)			
Concentrado de Glóbulos Rojos Lavados (CGRL)			
Concentrado de Plaquetas (CPQ)			
Plasma Fresco Congelado (PFC)			
Plasma Normal (PN) y/o (PC)			
Crioprecipitado (CRIO)			
Sangría			
Aféresis			

NOTA: En caso de requerir hemocomponentes de Donación Autóloga aclarar en "Observaciones"

ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS SOLICITADOS: (Marque con una X)			
Investigación e identificación de anticuerpos irregulares		Test de Coombs Indirecto (TCI)	
Determinación de grupo sanguíneo		Test de Coombs Directo (TCD)	

Nombre y apellido del Médico Solicitante (sello personal)	Matricula Profesional	Firma

NOTA: La responsabilidad de la transfusión es del Médico tratante escribir con letra imprenta, sin tachaduras, ni borrones

Lugar y fecha de la solicitud, Cochabamba de del hora de Solicitud

Recibido en el Banco de sangre por.....FechaHora.....

Espacio exclusivo para el personal responsable de distribución del Banco de Sangre

Hemocomponentes a ser cobrados						Servicios a ser cobrados						
ST	CGR	CGRL	CPQ	PFC	PC	CRIO	SAN.	AFER	TCI	TCD	GS - RH	Ac. Irreg.