



Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología

Llenar la solicitud en forma clara y completa con firma y sello del profesional

Apellido y Nombre:.....Nº H. Clínica:.....

Servicio:.....Cama:.....Obra Social:.....

Diagnostico:.....

Hematocrito	T. Quick	FC
Hemoglobina	KPTT	TA
Recuento de plaquetas	T.T.	PVC
	T. sangría	Peso
	Fibrinógeno	Otros

Se Solicita:.....Dosis:.....

CGR.....

PFC.....

C. de Plaquetas.....

Crioprecipitados.....

Tipo de Transfusión: Terapéutica Profiláctica

Carácter de la Transfusión:

Programada	/...../.....	I
No Urgente	(dentro de las 24 hrs.)	II
Urgente	(dentro de las 3hrs.)	III
Extrema Urgencia	(sin pruebas de compatibilidad)	IV
De Reserva Prequirúrgica		V

Fecha:/...../.....

Hora: :

.....
Firma y sello

Recibió:.....Fecha:/...../..... Hora: :

Opinión del Médico Hemoterapeuta:.....

.....

.....
Firma y sello del médico

Recibió:.....Fecha:/...../..... Hora: :

Nº de los Hemocomponentes transfundidos:.....