

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

PLANILLA HEMO 5

Se solicita al médico tratante completar la planilla. Si surgen dudas, comunicarse con médicos de Hemoterapia.

Datos del Paciente			
Apellido y nombre		Edad	
DNI		Peso	
Sala /Cama		Diagnóstico	
Laboratorio			

Solicito se efectúe la transfusión de	
HEMOCOMPONENTE	CANTIDAD
GLÓBULOS ROJOS	
PLAQUETAS	
PFC	
CRIO	

En carácter de	
EXTREMA URGENCIA Sin pruebas de compatibilidad. La responsabilidad de reacciones adversas transfusionales están a cargo del médico que solicita la transfusión.	
URGENTE A realizar dentro de las 3hs.	
NO URGENTE A realizar dentro de las 24hs.	
PROGRAMADA Para una determinada fecha.	

FIRMA MEDICO SOLICITANTE

SERVICIO HEMOTERAPIA:

Hemocomponentes transfundidos			
FECHA	BOLSA	TUBULADORA	TECNICO