

	Formulario		Código	DNBS-FO-34	
	Solicitud de componentes Sanguíneos				
	Emitido por	Dirección Nacional de Bancos de Sangre	Versión	002	
	Alcance	Tomar de Modelo para la prescripción de componentes sanguíneos a nivel nacional	Página	1 de 1	

No. Solicitud _____ Fecha _____ Hora _____

1. Datos del paciente

Nombres y apellidos _____ Sexo : M F

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Peso _____ Dirección _____

No. de Record _____ Ced. _____ Sala _____ # Cama _____

Motivo de la transfusión: _____

Transfusiones previas realizadas: Si No Fecha ultima transfusión _____

2. Componente(s) solicitado (s): Marque con un (✓) o una (x)

	Cantidad (ml/unidad)		Cantidad (ml/unidad)
<input type="radio"/> Sangre Completa (SC)		<input type="radio"/> Concentrado de Glóbulos Blancos	
<input type="radio"/> Glóbulos Rojo (GR)		<input type="radio"/> Plasma Fresco Congelado (PFC)	
<input type="radio"/> Plaquetas (PLA)		<input type="radio"/> Crioprecipitado	
<input type="radio"/> Irradiado		<input type="radio"/> Leucorreducido	

Otro _____

3. Datos de la transfusión

Fecha de programación _____ Hora _____ Lugar _____

- Programada a realizarse dentro de las 12 horas
 Urgente a realizarse dentro de las 2 horas
 Extrema urgencia, sin tiempo para agrupar y/o compatibilizar
(siendo el médico solicitante el que considera justificado, la omisión de dichas pruebas)

Nombre del médico que indica: _____ Cedula: _____

*** Importante:** Deben ser llenado todos los renglones para poder dar respuesta de forma efectiva y con calidad

Recibido por: _____ Fecha _____ Hora _____