



SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

RAZON SOLICIAL: HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

CLUES: HGSSA000156

DOMICILIO: CARLOS MAYORGA NO. 55 COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN HGO. C.P. 42500

LICENCIA SANITARIA: 04 RS 13 003 0074

HOJA DE CONTROL

TRANSFUSION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

FECHA DE LA TRANSFUSION: _____

NOMBRE DEL RECEPTOR: _____ EDAD: _____

SERVICIO: _____ NO. DE CAMA: _____

DIAGNOSTICO: _____ INDICACIOI _____ GRUPO Y RH: _____

I. UNIDAD NO: _____ GRUPO Y RH: _____ VOLUMEN: _____

 COMPONENTES:

ST	CE	PFC	CD	CRIO	ALB
----	----	-----	----	------	-----

 OTRO: _____

II. SIGNOS VITALES

	ANTES	DURANTE	DESPUES
TEMPERATURA			
PRESION ARTERIAL			
PULSO			
FRECUENCIA CARDIACA			
FRECUENCIA RESPIRATORIA			
ESTADO GENERAL			

III. SEÑALE CON UNA X SI HUBO O NO ALGUNA REACCION TRANSFUSIONAL

	ANTES		DURANTE		DESPUES	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
EXANTEMA						
FIEBRE						
CIANOSIS						
TAQUICARDIA						
DISNEA						
DOLOR LUMBAR						
OPRESION TORAX						
HEMOGLOBINURIA						
HIPOTENSION						
OTROS:						

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE INDICO LA TRANSFUSION: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: _____

IV. EN CASO DE REACIION TRANSFUSIONAL, MENCIONE CUAL FUE EL MANEJO:

OBSERVACIONES: _____

NOTA: SE ELABORA UNA HOJA POR CADA UNIDAD TRANSFUNDIDA.