

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO**RAZON SOLCIAL:** 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****TRANFUSION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES**

FECHA DE LA TRANSFUSION: _____

NOMBRE DEL RECEPTOR: _____

EDAD: _____

SERVICIO : _____

NO. DE CAMA: _____

DIAGNOSTICO: _____

INDICACION: _____

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 REACION TRANSFUSIONAL, MENCIONE CUAL FUE EL MANEJO:

OBSERVACIONES: _____

NOTA: SE ELABORA UNA HOJA POR CADA UNIDAD TRANSFUNDIDA.