

HOJA DE CONTROL DE TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS

Servicio: _____

No. expediente: _____

1.- DATOS DEL PACIENTE

Nombre del receptor: _____ Fecha de Nac: _____

Edad: _____ años Sexo: _____ Masculino () Femenino ()

Diagnóstico: _____

Indicación de la transfusión: _____ Gpo y Rh: _____

2.- DATOS DE LA UNIDAD

Gpo y Rh: _____

Componente: _____ CE () PFC () CP () CRIO () ALB () IMG ()

No. de la unidad: _____ Volumen de la unidad: _____

Fecha de inicio: _____ Hora de inicio: _____

Fecha de término: _____ Hora de término: _____ Volumen transfundido: _____ ml

Registrar el dato correspondiente en cada momento del procedimiento

3.- SIGNOS VITALES	ANTES DE LA TRANSFUSIÓN	DURANTE DE LA TRANSFUSIÓN	DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN
Fecha y hora			
F. Cardíaca			
F. Respiratoria			
T. Arterial			
Pulso			
Temperatura			
Estado General			
Observaciones			
Nombre enfermera			
Firma enfermera			

4.-SIGNOS O SÍNTOMAS PRESENTES	ANTES DE LA TRANSFUSIÓN						DURANTE DE LA TRANSFUSIÓN						DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN					
	SI	NO					SI	NO					SI	NO				
Fecha y hora																		
Cianosis																		
Prurito																		
Exantema																		
Vómito																		
Taquicardia																		
Opresión torácico																		
Disnea																		
Edema																		
Fiebre																		
Náusea																		
Hipotensión																		
Dolor torácico																		
Otra (cuál)																		
Observaciones																		
Nombre del médico																		
Firma del médico																		

Nota: pegar hoja azul al reverso (copia de solicitud)

HCTHgH-MT-001-25