



NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

EDAD:

TIPO DE UNIDAD TRANSFUNDIDA:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

GRUPO ABO Y RH:

NUMERO DE LA UNIDAD :

NOTA PRETRASNFUSIONAL

HORA DE INICIO DE LA TRANSFUSION:

SIGNOS VITALES:

T/A:	FC:	FR:	TEMP:	SATO2:
EF:				

PRESENTO ALGUNA REACCION ADVERDA ATRIBUIBLE A LA TRANSFUSION	SI ()	NO()
TIPO DE REACCION ADVERSA		

NOTA TRANSFUSIONAL

SIGNOS VITALES:

T/A:	FC:	FR:	TEMP:	SATO2:
EF:				

PRESENTO ALGUNA REACCION ADVERDA	SI ()	NO()
TIPO DE REACCION ADVERSA ATRIBUIBLE A LA TRANSFUSION		

NOTA POSTTRANFUSIONAL

HORA DE FINALIZACION DE LA TRANSFUSION:

SIGNOS VITALES:

T/A:	FC:	FR:	TEMP:	SATO2:
EF:				

PRESENTO ALGUNA REACCION ADVERDA	SI ()	NO()
TIPO DE REACCION ADVERSA ATRIBUIBLE A LA TRANSFUSION		

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE