

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 POSTRANFUSIONAL

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