



GOBIERNO DE
MÉXICO



SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN CLUES: HGIMB00151
SERVICIO DE TRANSFUSION SANGUINEA



TIPO DE SOLICITUD				FECHA DE NACIMIENTO:			
ORDINARIA:		URGENTE					
NOMBRE DEL RECEPTOR:				EDAD:		SEXO:	
LABORATORIOS:	GRUPO ABO:		RH:		INR		
	HB:		HTO:		TP	TPT	
DIAGNOSTICO:							
INDICACION DE LA TRANSFUSIÓN							
TIPO DE CIRUGIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS		SI ()	NO ()	FECHA DE ULTIMA TRANSFUSION			
REACCIONES TRANSFUSIONALES		SI ()	NO ()				
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:							
ANT. GINECOOBSTETRICOS: G: P: A: C: NO APLICA							
INMUNIZACIONES MATERNO-FETAL SI () NO () REACCION ANTI D:							
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ADSCRITO:							
SOLICITA:				FECHA:			
RECIBE:				FECHA:		HORA:	
MUESTRA SI () NO ()				BIEN IDENTIFICADA SI () NO ()			

ORIGINAL PARA EL SERVICIO DE TRANSFUSION Y COPIA PARA E TRAMITE Y ARCHIVO EN EXPEDIENTE, SOLICITUDES CON INFORMACION INSUFICIENTE E ILEGIBLE NO SERAN ACEPTADAS

	UNIDADES	VOLUMEN
ST		
CE		
PFC		
PFC		
CP		
PRP		
CRIO		
ALB		

SERVICIO	NO. DE CAMA
CIRUGIA	
GINECO-OBSTETRICIA	
PEDIATRIA	
ME. INTERNA	
URGENCIAS	
ANETESIOLOGIA	
TRAUMATOLOGIA	
TERAPIA INTENSIVA	

GRUPO SANGUINEO DEL RECEPTOR		NOTA: POR LA URGENCIA TRANSFUSIONAL SOLICITO QUE LA UNIDAD SE LIBERE EN FASE SALINA	
GRUPO ABO:	Rh:	NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	

NO.	NO. UNIDAD	FECHA Y HORA	DISPONENTE	VOLUMEN	GRUPO ABO	RECIBIO	QUIEN ENTREGA	FECHA Y HORA ENTREGA

REALIZO PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD:		FASE SALINA () ALBUMINA () COOMBS ()	
FECHA:	HORA:	CONSERVACION:	
OBSERVACIONES:			
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN,SERVICIOS DE SALUD IMSS BINESTAR(CARLOS MAYORGA NO. 55 COL. CHAPULTEPEC,ACT)			

SELLO DE RECEPCION

SELLO DE CONFIRMACION