

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD EN TAMAULIPAS
PROGRAMA DE INTERCAMBIO INTER-INSTITUCIONAL DE SANGRE Y SUS COMPONENTES**



**LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE
EXPRESS**

Rayón n.-72, entre 5ta y 6ta, Col. Centro, C. P. 87300 H. Matamoros, Tamps, Tels (8688) 12 59 83 y 12 59 84

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE TRANSFUSION

Fecha de solicitud: _____

Solicito a usted se nos proporcione la cantidad de: _____ unidad(es) de
N.- _____ (Letra)

Sangre Total () Paquete Globular () Plasma Fresco Congelado ()

del **Grupo Sanguíneo:** _____ **R.H:** _____ para
(Signo) (letra)

ser transfundida al Paciente : _____
de la habitacion n.- _____ del servicio de: _____

Con Diagnóstico : _____

Indicación prescrita por el DR _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

Indicacion de la trasfusión
los productos proporcionados serán repuestos por donadores voluntarios.

Nombre del Establecimiento _____

sello del hospital o clínica

Responsable del B. Sangre o Servicio de Transfusión _____

Responsable del Establecimiento o propietario _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE EXPRESS, S. C.

Se envía la Unidad(es) y/o hemoderivados con fecha: _____
hora: _____

Nombre del donador	_____	_____	_____
N.- de Bolsa	_____	_____	_____
N.- de Tubo	_____	_____	_____
Fracción	_____	_____	_____
Volumen	_____	_____	_____
Grupo sanguíneo y R.h.	_____	_____	_____
Caducidad	_____	_____	_____
Hemoglobina g/dl	_____	_____	_____
Hematocrito %	_____	_____	_____
VDRL (sífilis)	_____	_____	_____
B. Abortus (Brucelosis)	_____	_____	_____
HBsAg (Hepatitis B)	_____	_____	_____
HCV (Hepatitis C)	_____	_____	_____
HIV (SIDA)	_____	_____	_____
T. Cruzi (Enf. Chagas)	_____	_____	_____
Anticoagulante	_____	_____	_____

Nombre y Firma de quien recibió la(s) unidad(es): _____

Nota: enviar Original y Copia (Original B.S. y Copia para el archivo del Serv. Transfusión.)

Esta sección debe llenarse en el hospital o clínica solicitante

Nombre y firma del médico tratante
ORIGINAL NO COPIAS

Sello del hospital o clínica solicitante
ORIGINAL NO COPIAS

Sección **EXCLUSIVA PARA USO DEL BANCO DE SANGRE**