



F-BS-012-Version 00- 28/Feb /2023

HOJA DE SOLICITUD DE SANGRE Y SUS COMPONENTES SANGUINEOS

Rayón n.-72, entre 5ta y 6ta, Col. Centro, C. P. 87300 H. Matamoros, Tamps, Tels (8688) 12 59 83 y 12 59 84
Responsable sanitario: Dr. Irad Alberto Gallardo Uribe / ESP: Patología Clínica. Lic. Sanitaria B.S. N.-06TS280220046

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DESTINO DEL HEMOCOMPONENTE

Fecha de solicitud:

Solicito a usted se nos proporcione la cantidad de: _____ unidad(es) de

N.- (Letra)

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

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

Para ser transfundida al Paciente: _____
Con grupo sanguíneo: _____ **R.H:** _____
(Signo) (letra)

De la habitación No.- _____ Del servicio de: _____
Con Diagnóstico : _____

Indicación prescrita por _____
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 _____

Nombre y firma del
médico tratante
**ORIGINAL, NO
COPIAS**

**Esta sección
debe llenarse
en el hospital
o clínica
solicitante.**

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

Se envía(n) la Unidad(es) y/o hemocomponentes: _____ Fecha: _____
Hora: _____

¿SE REALIZARON PRUEBAS CRUZADAS EN ESTE LABORATORIO? SI () NO ()

Sello del hospital o
clínica solicitante
**ORIGINAL, NO
COPIAS**

Nombre del donador	_____	_____	_____
N.- de Bolsa	_____	_____	_____
N.- de Tubo	_____	_____	_____
Fracción	_____	_____	_____
Volumen	_____	_____	_____
Anticoagulante	_____	_____	_____
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)	_____	_____	_____

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

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

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