MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

IESS

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE / PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Unicodigo: 928

PEGAR EL REVERSO LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFUNDIDOS

Nº

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: HORA:

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: RUTINA 45 min: URGENCIA 15 min: EMERGENCIA 5 min:

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: SERVICIO: SALA: CAMA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: Nº DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO: H: M: PESO (Kg): GRUPO ABO/RH:

DIAGNÓSTICO CIE 10: CÓDIGO CIE 10:

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: CÓDIGO CIE 10:

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI NO REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES:

1.2. COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T °C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS:

OBSERVACIONES:

1.3.- DATOS DE ENVÍO DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS

ENVIADO POR: FECHA: HORA: FIRMA:

TRANSPORTADO POR: FECHA: HORA: FIRMA:

RECIBIDO POR: FECHA: HORA: FIRMA:

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VIA DE ADMINISTRACIÓN	Nº CATÉTER UTILIZADO	TEMPERATURA (°C):			TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO TOTAL DE TRANSFUSIÓN:	VOLUMEN ADMINISTRADO (CC)	REACCIÓN ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 3)

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

DURANTE LA TRANSFUSIÓN: POSTRANSFUSIÓN: HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA		COAGULACIÓN INTRAVASCULAR		FIEBRE		HIPERTENSIÓN		NÁUSEA		TAQUICARDIA	
CIANOSIS		DOLOR LUMBAR		HEMOGLOBINURIA		HIPOTENSIÓN		SHOCK		URTICARIA	
DISNEA		EDEMA PULMONAR		HEMORRAGIA		ICTERICIA		SEROCONVERSIÓN		VÓMITO	

OTRO (ESPECIFICAR)

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS SI NO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI NO

COMPROMISO INMUNOLÓGICO SI NO

Nº DE GESTACIONES: Nº DE PARTOS: Nº DE ABORTOS:

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO: CÓDIGO:

CAUSA: TEMPERATURA: FECHA: HORA:

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONSABLE): FIRMA:

RECIBIDO POR: FIRMA:

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA: FIRMA:

4. RESPONSABLES

RESPONSABLE DEL SMT:

CÓDIGO PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO:

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:

CÓDIGO PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO:

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:

CÓDIGO PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO:

ORIGINAL: Historia Clínica Copia: Servicio de Medicina Transfusional

PEGUE AQUÍ LAS ETIQUETAS