

HEMO 8

**REGISTRO DE PRACTICA TRANSFUSIONAL
SERVICIO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA**

RPT

Paciente: _____ Habitación: _____

Cama: _____ Nº Historia Clínica: _____

Tipificación del Receptor:

Grupo ABO:

RhD:

Fenotipo Rh:

PCI:

PCD:

UNIDADES TRANSFUNDIDAS

Médico Solicitante:			Fecha: / /	
Nº de Unidad:		Tipo de Componente:		
Grupo Factor:	Fecha: / /	Hora Inicio:	Hora Final:	
Tolerancia:				
Observaciones:				
				Firma:

Médico Solicitante:			Fecha: / /	
Nº de Unidad:		Tipo de Componente:		
Grupo Factor:	Fecha: / /	Hora Inicio:	Hora Final:	
Tolerancia:				
Observaciones:				
				Firma:

Médico Solicitante:			Fecha: / /	
Nº de Unidad:		Tipo de Componente:		
Grupo Factor:	Fecha: / /	Hora Inicio:	Hora Final:	
Tolerancia:				
Observaciones:				
				Firma:

PACIENTE: Nombre y Apellido completo

FECHA: Día y mes en que se realiza la práctica transfusional

MEDICO SOLICITANTE: Nombre y Apellido del prescriptor

HABITACION: Número o letra

N° DE HISTORIA CLINICA: como se encuentra registrado en el hospital

TIPIFICACION DEL RECEPTOR: ABO, Rh, fenotipo y prueba de detección de anticuerpos irregulares y PCD

N° DE UNIDAD: corresponde al número que tiene la unidad del hemocomponente otorgado en el lugar de procedencia del mismo

TIPO DE COMPONENTE:

GRD: glóbulo rojo desplasmalizado

PM: plasma modificado

PFC: plasma fresco congelado

PLAQ: plaquetas

CRIO: crioprecipitados

ALBU: albúmina humana

GgIM: gammaglobulina intramuscular

GgEV: gammaglobulina endovenosa

GRUPO Y FACTOR: ABO y Rh de la unidad a transfundir

FECHA: día de la transfusión

HORA: hora del inicio de la práctica

TOLERANCIA: constatar si fue buena, regular o mala y en el caso que hubiera complicaciones transfusionales explicitarlo

OBSERVACIONES: se anotará en esta columna toda observación pertinente a la unidad correspondiente. En el caso que hubiera complicaciones transfusionales explicitarlas.

FIRMA: firma del técnico actuante