

**SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES**

<b>Folio Interno:</b>		<b>Folio SIBS:</b>	
<b>Unidad Médica:</b>		<b>Fecha:</b>	/ /
		<b>Hora:</b>	

**1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE.**

Nombre del Paciente:				Fecha de Nacimiento:		/ /	
Sexo:	M	F	Edad:			Cama/Habitación:	
Impresión Diagnóstica:			Motivo de Transfusión:				
<b>DATOS DE LABORATORIO:</b>	Hb:	gr/dl	Hto:	%	Plaquetas:	x10 <sup>3</sup> /ml	Grupo: Rh:

**2. COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS.**

Maque con una "X"						
Urgente:	<b>Autoriza transfusión únicamente en fase salina y sin resultados de compatibilidad completos (Nombre y Firma del Médico)</b>				Ordinario:	Reserva:

	Número	Letra	En caso de no contar con el Grupo y Rh solicitado, autorizo:		Firma
Concentrado Eritrocitario:			Grupo	Rh	
Plasma Fresco Congelado:					
Concentrado Plaquetario:					
Crioprecipitado:					
Aféresis plaquetaria:					

**3. VALORACIÓN DE RIESGO DEL RECEPTOR.**

Transfusiones Anteriores:	SI	Reacciones Transfusionales:	SI	Cual(es):
	NO		NO	
Riesgo Inmune:	Multigesta	Anemias Hemolíticas	Lupus	Artritis Reumatoide
Riesgo de Volemias:	Insuficiencia Renal/Cardiaca		Hipertiroidismo	Embarazo

Nombre Completo, Firma y Cédula Profesional del Médico Solicitante

Sello de la Unidad Médica

**4. PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO DE SANGRE.**

Fecha y Hora de Recepción en el Banco de Sangre			Entrega		Recibe	
Grupo (Muestra)	No. Unidad	Resultado de Compatibilidad	Entrega	Fecha	Hora	Recibe
Rh (Muestra)						
<b>Realizó la Prueba</b>						
<b>Nombre</b>			<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	



COMPONENTES  
SANGUÍNEOS A.C.  
BANCO DE SANGRE

# COMPONENTES SANGUÍNEOS A.C.

Banco de Sangre

1ra. Sur N° 101 interior 6, Col. Adolfo López Mateos,  
Cozumel, Q.R. CP. 77667 Tel. 987-87-29-400

## CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE ALOGÉNICA.

Cozumel, Quintana roo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Por este conducto, yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de \_\_\_\_\_ (Paciente, Familiar, Tutor o Representante legal), con fundamento en lo dispuesto en los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, autorizo al personal médico y clínico del Banco de Sangre "COMPONENTES SANGUÍNEOS A.C." para que realice la **TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES** ambulatoria para el Paciente: \_\_\_\_\_, indicados por el Dr: \_\_\_\_\_.

Encontrándome consiente y debidamente informado(a) de los riesgos que implica este procedimiento. Señalándose los siguientes: Edema o hinchazón, infecciones locales, fiebre, escalofrío, reacciones en la piel, reacciones por incompatibilidad secundaria y como causante de enfermedades infecciosas como HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis, Brucelosis o Chagas, que pueden causar la muerte, así como el beneficio del procedimiento de contribuir al tratamiento del Paciente que requiere de transfusión para su recuperación.

Así mismo manifiesto que se me ha explicado y he entendido:

- Que en el procedimiento de obtención y transfusión de sangre y sus componentes sanguíneos se utiliza material nuevo, estéril y desechable.
- Que la sangre obtenida procede de personas sanas y con análisis de laboratorio para las pruebas de HIV, HEPATITIS B y C, *Treponema pallidum*, *Brucella abortus* y *Trypanosoma cruzi* además de haberse realizado las pruebas de compatibilidad correspondientes y que han sido verificadas por el personal de salud para garantizar que son acorrecas.
- Que entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no garantiza o asegura los resultados de este procedimiento.

Hago constar que hubo oportunidad de aclarar las dudas relativas al evento de transfusión de sangre y/o componentes sanguíneos así como haber recibido la información de los cuidados que se deberán tener durante y posterior al acto transfusional.

En igual forma se autoriza al personal del Banco de Sangre "COMPONENTES SANGUÍNEOS A.C." para que lleve a cabo actos y procedimientos necesarios en caso de contingencia y urgencia derivada del acto autorizado atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

**PACIENTE, FAMILIAR, TUTOR O  
REPRESENTANTE LEGAL**

**MÉDICO TRATANTE QUE INFORMA**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO 1

TESTIGO 2

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA