

	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR			Banco de Sangre - Tipo II	
	SOLICITUD TRANSFUSIONAL			Código	BS-EG05-FR08
				Versión	V01
				Fecha	01-02-22
			Página	01 de 01	

Nro de cuenta	Fecha y hora de registro	Horas	Médico solicitante	Anexo
---------------	--------------------------	-------	--------------------	-------

DATOS PERSONALES						
Apellidos y Nombres						Grupo sanguíneo y Factor Rh
DNI	Historia Clínica	Sexo	M	F		
Edad	Fecha de Nacimiento	Peso				
Servicio	Religión	Cama				

FUNCIONES VITALES							
Presión arterial	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	SAT O2	Temperatura	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC

ANTECEDENTES				
Transfusiones previas	Reacciones transfusionales anteriores	Incompatibilidad Feto Materno	Embarazos previos	Abortos

Los valores deberán estar actualizados al día de la solicitud

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:							
CIE 10	Descripción			Tipo			
Hb (g/dl)	Hto (%)	Plaquetas	TP / INR	Fibrinógeno			

REQUERIMIENTO				
Paquete Globular	Plasma Fresco Congelado	Plaquetas por aféresis	Plasquetas Simples	Crioprecipitado
Fracción Pediátrica	Sangre reconstituida	Otros (Especificar)		Volumen
Especificaciones de la transfusión o comentarios adicionales sobre el estado del paciente				

Importante: Esta solicitud NO será aceptada si no está debidamente firmada por el médico tratante.
 Ley 26454 Art 28: La transfusión de sangre humana con fines terapéutico, constituye un ACTO MÉDICO que debe llevarse a cabo después de un estudio racional y especificode la patología.
 Art. 30: La transfusión de sangre se efectuará bajo el control del personal médico que tenga a cargo el tratamiento del paciente.

Marque con un aspa "X"

REQUISITO		
PROGRAMADA <input type="checkbox"/>	URGENTE 60 minutos <input type="checkbox"/>	MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) <input type="checkbox"/>
Fecha de Programación: / /		Firma y Sello de Médico Tratante

PERSONAL RESPONSABLE		
Personal que toma la muestra	Médico Solicitante	Personal del Banco de Sangre que recibe solicitud
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Fecha: Hora:	Fecha: Hora:	Fecha: Hora:

(*) Se deberá remitir a los familiares a banco de sangre

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR			Banco de Sangre Tipo II	
				Código	BS-EG05-FR12
				Versión	V2
				Fecha	15-02-2022
				Página	01 de 01
Fecha:			DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		
Apellidos y Nombres:					
DNI:		Historia Clínica		Edad	Fecha Nacimiento
Servicio		Cama:		Religión	

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, HTLV I/II, Hepatitis B, Hepatitis C, Enfermedad de Chagas y Sífilis a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma, conforme a las Normas Legales.

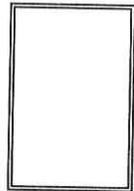
Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Nombre del Receptor/ Familiar/ Apoderado:

(Indicar filiación en caso de Familiar)

Firma del Receptor/ Familiar/ Apoderado

D.N.I. :



HUELLA DIGITAL

Firma y sellos del Médico tratante:

Sello y firma del Médico solicitante validará el Consentimiento Informado en caso de no estar presente el familiar o apoderado.

CLAUSULA DE REVOCATORIA

YO,.....Al *firmar* la presente Cláusula, **REVOCO** el consentimiento otorgado a los médicos para proceder con el procedimiento y/o cirugía asumiendo plena responsabilidad de lo que esto implica, declaro que por razones estrictamente personales, y siempre bajo el uso pleno de mis facultades mentales y mi libre voluntad, dejó sin efecto el Consentimiento Informado, . Con esta decisión asumo responsablemente los riesgos potenciales que de ella se deriven y exonero de toda responsabilidad al equipo médico y demás profesionales de la salud que venían manejando mi caso al "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".

Lima, de del 20

(HUELLA DIGITAL)

FIRMA DE LA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

INDICE DERECHO

DNI:.....

