

 HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	BANCO DE SANGRE TIPO II		Código	BS-EG07-FR04
	FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES		Versión	V2
			Fecha	1/02/2022
			Página	01 de 01

Apellidos y Nombres del RECEPTOR:	
DNI del Receptor:	
N° Lote:	Sello Nacional de calidad:
Llenado por la enfermera u Obstetra y Médico	

HEMOCOMPONENTE:	
☐ Paquete Globular ☐ Plasma fresco congelado ☐ Crioprecipitado	☐ Concentrado de Plaquetas por Aféresis ☐ Plaquetas (simples) ☐ Otro:

Fecha de salida del Banco de Sangre	:/...../.....	Hora: Horas
Fecha de llegada al servicio / SOP	:/...../.....	Hora: Horas
Fecha de devolución al Banco de sangre	:/...../.....	Hora: Horas

MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN

Condiciones del Paciente	
☐ Transfusión innecesaria para el tratamiento ☐ Condiciones inadecuadas para la transfusión (Especifique):	☐ Otros:

Condiciones del Hemocomponente:	
☐ Nombre de paciente incorrecto en el Hemocomponente ☐ Grupo ABO y Rh Incompatible entre Paciente y Componente ☐ Calidad del hemocomponente Inadecuado (Especifique):	

Condiciones de almacenamiento en el servicio/SOP	
☐ Congelada (< 0 °C) ☐ Refrigerada (2 - 8 °C) ☐ Temperatura Ambiental ☐ Temperatura Fisiológica (> 37 °C)	☐ Tiempo: ☐ Tiempo: ☐ Tiempo: ☐ Tiempo:

Enfermera u Obstetra (firma y sello)		Médico (firma y sello)	
Llenado por el personal de Banco de Sangre tipo II			
CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN:			
FECHA:/...../.....	HORA: : Horas	Temperatura: °C	
☐ Hemocomponente Perforado ☐ Presencia de Hemólisis ☐ Presencia de Ictericia ☐ Hemocomponente Hemático Otros:	☐ Hemocomponente caducado ☐ Presencia de Coágulo o Aglutinado ☐ Color y aspecto inadecuado ☐ Temp. Almacenamiento inadecuado		
Hemocomponente para transfusión		☐ APTO	☐ NO APTO

* Se procede a:

.....

.....

.....

Tecnólogo médico (firma y sello)	Responsable de Calidad BS (firma y sello)
Responsable del Banco de Sangre (firma y sello)	