

HEMO 4

SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS

S H H

Fecha: ____ / ____ / ____ Establecimiento Asistencial: _____

Se solicita al Centro Regional de Hemoterapia la provisión de:

Tipo Hemocomponente o Hemoderivado	Cantidad en unidades	Grupo ABO y Factor Rh solicitado	Fraccionado pediátrico		Irradiado		Filtrado		Lavado	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Concentrados de Glóbulos Rojos para reposición de Stock										
Concentrado Glóbulos Rojos por demanda no programada por Stock										
Concentrados Plaquetario Aféresis										
Concentrados Plaquetario Convencionales										
Plasmas Frescos Congelados					Observaciones:					
Plasmas Modificado										
Crioprecipitados										
Albúmina (frasco)										
Gammaglobulina Endovenosa (gramos)										
Gammaglobulina Intramuscular (gramos)										
Factor VIII en UI										

IMPORTANTE

Las solicitudes deben llegar al Centro Regional de Hemoterapia antes de las 10 horas.

La reposición de stock se hará en el horario de 8 a 12 horas.

Las emergencias serán contempladas (consignar en Observaciones)

No se dará curso a las solicitudes que no estén debidamente cumplimentadas.

 Sello de la Institución solicitante

 Firma y sello Jefe Servicio de Hemoterapia

 Entregó (Firma y Aclaración)

 Retiró (Firma y aclaración)