

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
NOMBRE:			ESPECIALIDAD:		FECHA:
GÉNERO:	EDAD:	GRUPO Y RH:	PERFIL:		
SERVICIO:		ALERGIAS ¿CUÁLES?	DIAGNÓSTICO:		
NUMERO DE PACIENTE:			PESO:	TALLA:	

II.- TRANSFUSIÓN											
FECHA DE TRANSFUSIÓN	NUMERO DE UNIDAD	CONTENIDO	HORA DE INICIO	SIGNOS VITALES				HORA DE TERMINO	VOLUMEN TRANSFUNDIDO	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES	NOMBRE, FIRMA Y NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL DE QUIEN APLICO LA TRANSFUSIÓN
				SECUENCIA	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMP.				
1		GRUPO Y RH:		ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
2		GRUPO Y RH:		ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
3		GRUPO Y RH:		ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							
4		GRUPO Y RH:		ANTES							
				DURANTE							
				DESPUÉS							

III.- RECOMENDACIONES:

1. EL PERSONAL CLÍNICO DEBERÁ MANTENER LA UNIDAD EN TEMPERATURA Y CONDICIONES ADECUADAS QUE ASEGUREN SU VIABILIDAD, CONFORME A LA NOM-253-SSA1-2012.
2. INMEDIATAMENTE ANTES DE INICIAR CADA TRANSFUSIÓN DEBERÁ VERIFICARSE LA IDENTIDAD DEL RECEPTOR Y DE LA UNIDAD DESIGNADA PARA ESTE.
3. NO DEBERÁ AGREGAR A LA UNIDAD NINGÚN FÁRMACO O SOLUCIÓN, NI INCLUSO LAS DESTINADAS PARA USO INTRAVENOSO, CON EXCEPCIÓN DE SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO AL 0.9%, CUANDO HAYA INDICACIÓN MÉDICA.
4. EL TIEMPO TRANSFUSIÓN DE CADA UNIDAD NO DEBERÁ EXCEDER LAS 4 HORAS.
5. LOS EQUIPOS PARA TRANSFUSIÓN CON FILTRO, PARA APLICACIÓN DE SANGRE, PLASMA O CONCENTRADO GLOBULAR (BLOTEN) DEBERÁN SER CAMBIADOS CADA 6 HORAS O CUANDO HUBIESEN TRANSFUNDIDO 4 UNIDADES.
6. DE PRESENTARSE ALGUNA REACCIÓN ADVERSA O INESPERADA TRANSFUSIONAL, SE DEBERÁ: 1) SUSPENDER INMEDIATAMENTE LA TRANSFUSIÓN, 2) NOTIFICAR AL MÉDICO RESPONSABLE, Y 3) REPORTARLA AL BANCO DE SANGRE, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES EN EL FORMATO QUE ACOMPAÑA A LA UNIDAD.
7. EN CASO DE NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, ESTA DEBERÁ SER DEVUELTA AL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, ANTES DE DOS HORAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DE QUE LA UNIDAD SALIÓ DEL BANCO DE SANGRE O DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

DOCUMENTO CON BASE EN LA LA NOM-253-SSA1-2012 Y NOM-004-SSA3-201.

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.

CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA, LICENCIA SANITARIA NO. 13 10 52 000002, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42160.

REGISTROS CLÍNICOS Y CONTROL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y SUS COMPONENTES

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO

Objetivo: Contar con registros y controles fiables de los procesos de transfusión a los que se someta un paciente, con la finalidad de anexarlo a su expediente clínico.

Normatividad: El formato se genera en original, y se archiva en el expediente clínico del paciente.

No.	Concepto	Descripción
1	Nombre	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por su apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
2	Genero	Anotar el género correspondiente, masculino: hombre; femenino: mujer
3	Edad	Anotar el número de años cumplidos con que cuenta el paciente.
4	Grupo y Rh	Anotar el grupo sanguíneo y el Rhesus del receptor
5	Servicio	Anotar el servicio hospitalario en el que se encuentra el paciente.
6	Numero de paciente	Anotar el número de paciente correspondiente
7	Alergias	Escribir las alergias que presente el paciente, de ser interrogadas y negadas escribir "interrogadas y negadas"
8	Especialidad	Anotar el servicio hospitalario en el que se encuentra el paciente.
9	Fecha	Anotar el día, mes y año en que se inician los registros de transfusión.
10	Perfil	Anotar el perfil correspondiente al paciente
11	Diagnóstico	Anotar el diagnostico-motivo por el cual se indica la transfusión
12	Peso	Registrar el peso corporal con que es recibido el paciente en el momento de ingresar a la unidad médica.
13	Talla	Registrar la talla del paciente, en el momento de ingresar a la unidad médica.
14	Fecha de transfusión	Anotar el día, mes y año en que se realiza la transfusión.
15	Numero de unidad	Anotar el número de registro del producto sanguíneo que se va a transfundir.
16	Contenido	Anotar el producto sanguíneo que se va a transfundir: CE: Concentrado eritrocitario PFC: Plasma Fresco Congelado CP: Concentrado Plaquetario ST: Sangre Total CRIO: Criopresipitado
17	Hora de inicio	Registrar la hora y minutos en que inicia la transfusión
18	Signos vitales	Registrar en el recuadro correspondiente la tensión arterial; frecuencia cardiaca y temperatura que presenta el paciente antes, durante y después de la transfusión. Registrar en el recuadro correspondiente: <ul style="list-style-type: none"> • la tensión arterial; • frecuencia cardiaca y • temperatura que presenta el paciente antes, durante y después de la transfusión.
19	Hora de termino	Anotar la hora en que se suspende o termina la transfusión.
20	Volumen transfundido	Anotar los mililitros de producto sanguíneo que se transfundieron al paciente usando el formato L.ml.
21	Estado general del paciente y observaciones	Anotar la descripción clínica del estado general del paciente al término o interrupción de la transfusión y en su caso motivo de la interrupción.
22	Nombre, firma y numero de cedula profesional de quien aplico la transfusión	Anotar el nombre(s), apellido paterno, apellido materno, firma y numero de cedula profesional de quien aplicó y supervisó la transfusión.