

Fecha: / / Hora: hs.

Apellido y Nombre: _____ Nº de Socio: _____

D.N.I.: _____ Diagnóstico: _____

HTO: _____ HB: _____ APP: _____ Fecha Cirugía / /

Establecimiento de Salud: _____ Localidad: _____

SE SOLICITA AL BANCO DE SANGRE COOVILOS LA PROVISION DE:

Tipo de Hemocomponentes	CANTIDAD	Grupo ABO Y RH	OBSERVACIONES
Concentrado de Glóbulos rojos			
Plasma Fresco congelado			

Nota: no se dará curso a las solicitudes que no estén debidamente cumplimentadas y firmadas responsable del servicio de Medicina Transfusional de la institución que realiza la solicitud.

Firma del socio o responsable del traslado.

Sello de la institución

Firma del jefe del Servicio de Med. Transfusiona

Fecha: / / Hora: hs.

Apellido y Nombre: _____ Nº de Socio: _____

D.N.I.: _____ Diagnóstico: _____

HTO: _____ HB: _____ APP: _____ Fecha Cirugía / /

Establecimiento de Salud: _____ Localidad: _____

SE SOLICITA AL BANCO DE SANGRE COOVILOS LA PROVISION DE:

Tipo de Hemocomponentes	CANTIDAD	Grupo ABO Y RH	OBSERVACIONES
Concentrado de Glóbulos rojos			
Plasma Fresco congelado			

Nota: no se dará curso a las solicitudes que no estén debidamente cumplimentadas y firmadas responsable del servicio de Medicina Transfusional de la institución que realiza la solicitud.

Firma del socio o responsable del traslado.

Sello de la institución

Firma del jefe del Servicio de Med. Transfusiona