	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT GCL-1.7
		Protocolo indicación de transfusión.	Vigencia: 5 años
		Página 1 de 16	Nº Edición: 4

# PROTOCOLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
TM. Sebastián Beyer Fernández  TM Laboratorio Clínico  	Dra. Carmen Cruz gallardo Dra. Carmen Cruz G. 18.721.426-2 Médico Cirujano Coordinación (S) clínica  	Mat. Alyn Quiroz Vásquez  Encargada de Calidad  	Mat. S. Lorena Guerrero Avendaño  Directora  
Fecha:18-01-2025	Fecha:21-01-2025	Fecha:22-01-2025	Fecha:23-01-2025
<b>Distribución</b>	Dirección, O.C.S.P, Archivo, Hospitalizados, Urgencias, Laboratorio.		

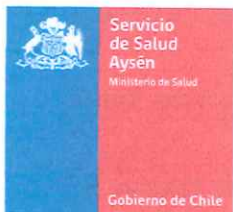
# PROTOCOLLO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN

Indicaciones	Indicaciones	Indicaciones	Indicaciones
<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>
<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>
<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>	<p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p> <p>El paciente presenta anemia sintomática (taquicardia, hipotensión, disnea, etc.)</p>

Logo of the institution, including text like 'Hospital de la Universidad de Chile' and 'Servicio de Hematología'.

Logo of the institution, including text like 'Hospital de la Universidad de Chile' and 'Servicio de Hematología'.





HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA  
RODRIGUEZ

Protocolo indicación de transfusión.

Página 2 de 16



Código: PROT GCL-1.7

Vigencia: 5 años

Nº Edición: 4

## ÍNDICE

Título	Página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3-4
Alcance	5
Excepciones	5
Terminología	5-6
Desarrollo	6-9
Referencias bibliográficas	10
Control de cambios	10
Diagrama de Flujo	11
Anexos	12-16

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 3 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La terapia transfusional es el tratamiento destinado a restituir la alteración funcional de hemoderivados faltantes y disminuir los defectos transitorios del transporte de oxígeno, así como defectos de los componentes celulares o plasmáticos y no está enfocado necesariamente en corregir el resultado de un parámetro de laboratorio.

La decisión de realizar una transfusión debe ser individualizada, ya que en ocasiones se desencadenan reacciones adversas que pueden ser leves, hasta comprometer la vida del paciente. El procedimiento debe ser oportuno, además de cumplir un estándar de calidad y seguridad. Debido a lo anteriormente expuesto, es que la indicación médica de transfusión de hemoderivados se realiza una vez evaluados los riesgos y beneficios que logrará el tratamiento con el fin de asegurar el éxito de la terapia transfusional.

Nuestro establecimiento funciona como UMT, dependiente del HRC, quien nos provee de un stock de hemoderivados debidamente fiscalizados. Nuestro establecimiento analiza a los receptores en caso de necesitar una transfusión.

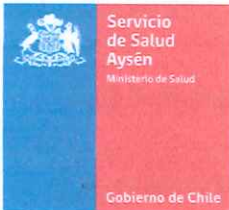

## 2. OBJETIVO

Establecer criterios médicos de indicación de transfusión, basado en las recomendaciones de medicina transfusional aplicadas y adaptadas a las necesidades según la complejidad del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, con el fin de disminuir la ocurrencia de efectos adversos asociados al procedimiento y reduciendo el número de transfusiones innecesarias.

## 3. RESPONSABLES

### Tecnólogo Médico:

- Cumplir y aplicar protocolo
- Actualizar Protocolo
- Supervisión Mensual del número total de pacientes transfundidos
- Evaluación Trimestral del indicador

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 4 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>

- Realizar pruebas pretransfusionales y preparar la transfusión
- Transportar la Transfusión desde el laboratorio a la Unidad correspondiente (Urgencia, Hospitalizado y/o Pabellón)
- Registrar en el libro de registro de Banco de Sangre

#### **Médico Encargado urgencias:**



- Cumplir y aplicar protocolo
- Velar por que todo el personal a su cargo conozca y cumpla el protocolo

#### **Medico Turno de urgencia y/o Hospitalizado:**

- Cumplir y aplicar protocolo
- Indicar transfusión según protocolo
- Realizar orden de examen de grupo ABO y Rh
- Completar correctamente la Solicitud de Transfusión (ANEXO 1)
- Informar al paciente sobre el procedimiento y llenar el Consentimiento informado (ANEXO 2)
- Registrar en Ficha Clínica
- Prestar la atención adecuada en caso de que el paciente presente RAT

#### **Enfermera**

- Cumplir y aplicar protocolo
- Tramitar la Solicitud de Transfusión (ANEXO 1)
- Cerciorarse de que el Consentimiento informado esté firmado (ANEXO 2)
- Tomar exámenes de Grupo ABO, Rh y Pruebas de Compatibilidad
- Recibir y administrar la transfusión al paciente
- Control de signos vitales antes, durante y después de la transfusión
- Realizar vigilancia activa de RAT y en caso de presentarse, avisar al médico
- Llenar el Formulario RAT(ANEXO 3) y devolver al laboratorio una vez terminada la transfusión

 	<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
	Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
	Página 5 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>

### Técnico en enfermería:

- Cumplir y aplicar protocolo
- Toma exámenes de Grupo ABO, Rh y pruebas de compatibilidad
- Llevar muestra de sangre para pruebas pretransfusionales y solicitud de transfusión llenada por el médico al laboratorio
- Recibir y administrar la transfusión al paciente en caso de que EU no se encuentre disponible
- Realizar vigilancia activa de RAT y en caso de presentarse, avisar al médico (en caso de que EU no se encuentre disponible)
- Llenar el formulario RAT y devolver al laboratorio una vez terminada la transfusión, en caso de que EU no se encuentre disponible

### 4. ALCANCE

Aplica a todo usuario que se le indique transfusión de hemoderivados en el Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.

El presente protocolo debe ser aplicado por médicos, enfermeros/as, tecnólogos médicos y técnicos paramédicos en los servicios de Urgencias, Hospitalizado y Pabellón del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.

La indicación de transfusión en pabellón solo era en contexto de cirugías de urgencia. Al ser un Hospital de baja complejidad, nuestro establecimiento no realiza cirugías electivas.

### 5. EXCEPCIONES

No hay.



### 6. TERMINOLOGÍA

#### ● Abreviaturas:

HRC: Hospital Regional de Coyhaique.

SOCHIHEM: Sociedad Chilena de Hematología.

RAT: Reacción Adversa a Transfusión.

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 6 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>

FC: Ficha Clínica.

TENS: Técnico de Enfermería de Nivel Superior.

TM: Tecnólogo Médico

EU: Enfermero/a Universitario/a

HB: Hemoglobina.

HTO: Hematocrito.

CGR: Concentrado de glóbulos rojos.

CI: Consentimiento informado.



- **Transfusión sanguínea:** Corresponde a la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto (donante) a otro (receptor).
- **Hemoderivado:** Es todo aquel tejido que se deriva o separa a partir de la sangre, la que generalmente se obtiene de un donante en un Banco o Centro de Sangre donde es procesada. De cada donación se obtienen distintos hemocomponentes como glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado.
- **Estudio pretransfusional:** Son los procedimientos previos a la transfusión realizados por las UMT o los Banco de Sangre, con el fin de asegurar la selección adecuada de la unidad de sangre o los componentes a transfundir.

## 7. DESARROLLO

### 7.1 Generalidades

En el "Procedimiento de transporte de componentes sanguíneos entre hospitales de la red SSA" del HRC, se definen los hemoderivados asignados a cada hospital de la red. A nuestro establecimiento se le asigna un stock de 2 unidades de Glóbulos Rojos Grupo O Rh +, Por lo cual este protocolo solo hace referencia a situaciones que pueden ser tratadas con este producto. Los pacientes de alta complejidad en los que se requiera un estudio más profundo y/o el uso de otro hemoderivado como plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco congelado o mayor volumen de GR serán derivados al HRC.

En el documento antes mencionado, también se describe el procedimiento de solicitud y traslado de los componentes sanguíneos para asegurar su correcto transporte y conservación.

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 7 de 16	<b>N° Edición: 4</b>

## 7.2 Criterios de Indicación de Transfusión

### ● CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS

#### ● Contenido:

- Volumen: 300 ml
- Hematocrito: 55 - 75%

### ● INDICACIONES

#### ● Anemia sintomática o con signos de hipoxia tisular:

- Pacientes con patología no quirúrgica con Hto < 21 % y/o Hb < 7 g/dl.
- Pérdida de Sangre Aguda > 20% de la volemia o 150 ml/min.
- Pérdida de Sangre Aguda con Hto < 24 % y/o Hb < 8 g/dl.

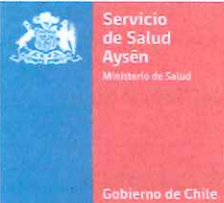

#### ● En enfermedad coronaria o cerebrovascular con Hto < 24% y/o Hb < 8 g/dl.

#### ● En pacientes pediátricos la transfusión será en anemia sintomática con Hb menor a 7 g/dl.

#### ● En caso de alguna patología crónica descompensada por anemia y que no cumplan con los criterios expuestos anteriormente; y si las unidades disponibles están por vencer, serán utilizadas para evitar derivación al HRC.

## 7.3 Número de Unidades a transfundir

- Según la Guía Clínica 2017 de la SOCHIHEM la dosis de transfusión de GR es de 1 unidad en un paciente estable y esto aumentará el hematocrito en un 3% y la Hb en 1 g/dl en un paciente de 70 kg. Sólo en situaciones clínicas especiales, tales como: paciente inestable hemodinámicamente y/o sangrado activo, la indicación puede ser mayor a 1 unidad de GR.
- Tener en cuenta que en pacientes pediátricos la dosis recomendada de glóbulos rojos es de 10-15 ml/kg y que 10 ml/kg aumenta la Hb en 3 g/dl y el Hto en 6-10%.
- Pacientes sobrecargados de volumen o en riesgo de sobrecarga, como en insuficiencia renal crónica y en cardiopatías, se recomienda transfundir no más de una unidad en 24 horas.



		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 8 de 16	<b>N° Edición: 4</b>

#### 7.4 Preparación de la Transfusión



- Clasificar previamente la muestra del paciente.
- Seleccionar el producto a transfundir: en el Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, contamos con un stock de 2 unidades de glóbulos rojos O Rh +.

#### 7.5 Procedimiento

- La Solicitud de Transfusión debe realizarla el Médico con su nombre y firma, en el formulario correspondiente (ANEXO 1), con todos los datos del paciente, en forma clara y legible.
- Se debe indagar sobre antecedentes de alergias o efectos adversos a transfusiones anteriores.
- Entregar la Solicitud de Transfusión al Laboratorio.
- El laboratorio realizará un estudio pretransfusional a cada paciente y CGR al recibir la Solicitud de Transfusión, exceptuando las solicitudes de transfusión inmediatas.
- El TM recibe la Solicitud de Transfusión verificando los siguientes datos: nombre, apellidos, cédula de identidad, edad, sexo, diagnóstico, motivo de transfusión, tiempo de solicitud (inmediata, urgente o no urgente), hora de solicitud, nombre del médico solicitante, firma y que además se encuentre indicada en la Ficha Clínica.
- El TM debe verificar que el tubo de muestra de sangre esté rotulado con el nombre del paciente y dos apellidos y que esto coincida con la orden de transfusión.
- El TM debe registrar al reverso de la orden: hora de recepción, iniciales de su nombre, grupo ABO y Rh, responsable de la clasificación y fecha de la clasificación si procede.
- Realizar pruebas de compatibilidad y una vez que la unidad de CGR esté lista para su administración, se retira de su almacenamiento.
- Se le agrega una etiqueta indicando el nombre del paciente receptor y su grupo sanguíneo, asegurando una identificación correcta.
- Se conecta el equipo de transfusión a la bolsa y se procede a cebar con la sangre para que esté listo al momento de su administración.
- La unidad de GR, junto con el equipo de transfusión preparado, se coloca dentro de la caja exclusiva para el transporte de transfusiones, la cual cuenta con su rótulo correspondiente de "Transfusión".

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 9 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>

- La caja con la unidad y el equipo se entrega al Enfermero/a y/o TENS de turno, junto al formulario RAT (ANEXO 3) quienes serán responsables de la administración de la transfusión al paciente, además de completar el formulario antes mencionado.
  - Antes de comenzar la transfusión el médico que la ha prescrito debe informar al paciente de este procedimiento y solicitar que firme el Consentimiento Informado autorizando la transfusión (ANEXO 2). Se exceptúan situaciones de emergencia vital. Este C.I se archivará en carpeta en la Unidad de Urgencias, para luego ser transferida a la ficha del paciente.
  - Desde la hoja de enfermería revisar control de temperatura y presión arterial del paciente.
  - Revisar el diagnóstico del paciente para tomar medidas adicionales de seguridad.
  - Verificar la identidad del paciente mediante brazalete de identificación en pacientes hospitalizados.
  - Lavarse las manos y colocarse guantes de procedimiento.
  - Retirar la unidad de CGR desde la caja de "Transfusión".
  - Verificar si usuario cuenta con acceso venoso para administración de la transfusión, de lo contrario instalar Vía Venosa de acuerdo con Manual de Enfermería del establecimiento.
  - Conectar bránula con bajada de equipo de Transfusión.
  - Fijar con técnica de camiseta de conexión de transfusión.
  - Abrir el goteo del infusor. Esperar 10 minutos, para evidenciar si hay algún tipo de reacción en el paciente con la transfusión.
  - Registrar en hoja de enfermería la instalación de la transfusión, N° de unidades, tipo de hemocomponente y grupo sanguíneo del hemocomponente, hora y firma.
  - Los mismos datos mencionados en el punto anterior, también deben ser registrados en el formulario de Reacciones Adversas a la Transfusión (ANEXO 3)
  - Posterior a la transfusión realizar vigilancia activa con control de signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, luego según condición hemodinámica e indicación médica.
  - Avisar al laboratorio una vez terminada la transfusión. La transfusión no debe tardar más de 4 horas, ya que pasado este tiempo a temperatura ambiente los microorganismos proliferan. Si sobrepasa este tiempo, se sugiere terminar el procedimiento.
- Toda reacción adversa se debe informar al Médico a cargo del paciente y al tecnólogo médico del laboratorio. Registrar en la Ficha Clínica y formulario RAT (ANEXO 3).
- El TM encargado o subrogante del Laboratorio llevará a cabo un control mensual del número total de pacientes transfundidos. Este registro se consignará en la pauta

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
		Página 10 de 16	<b>Nº Edición: 4</b>



de supervisión la cual se encuentra en “*Metodología Evaluación Protocolo Indicación de Transfusión*” el primer día hábil del mes siguiente. La evaluación del indicador se efectuará de forma trimestral.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

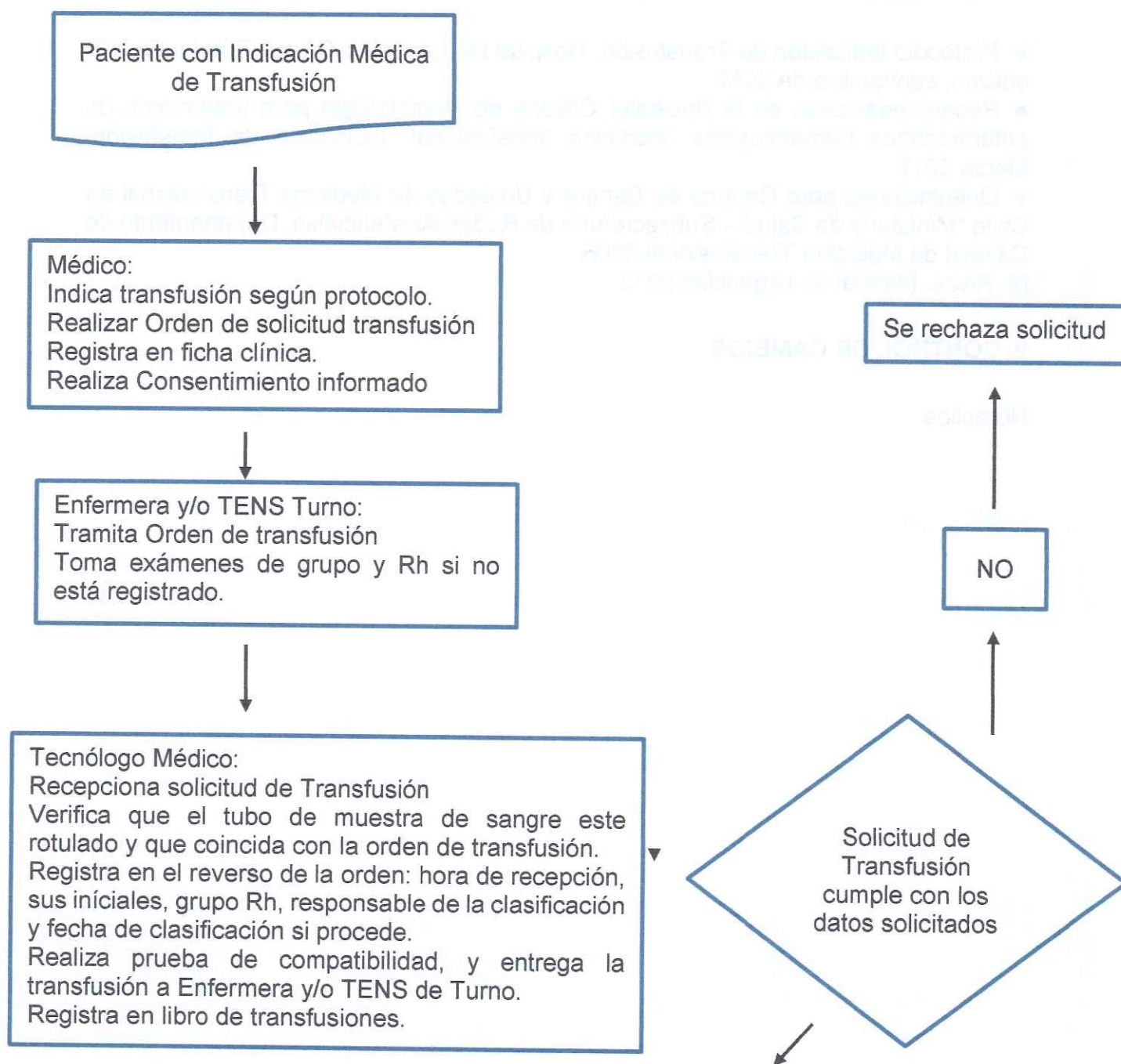
- Protocolo Indicación de Transfusión, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, 1<sup>era</sup> edición, septiembre de 2017.
- Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Hematología para tratamiento de enfermedades hematológicas. Medicina transfusional. Indicación de transfusión. Marzo 2017.
- Orientaciones para Centros de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional en Chile “Ministerio de Salud – Subsecretaría de Redes-Asistenciales. Departamento de Calidad de Medicina Transfusional 2006.
- M. Rivas. Manual de Urgencias 2013

## 9. CONTROL DE CAMBIOS

No aplica.

		<b>HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ</b>	<b>Código: PROT GCL-1.7</b>
		Protocolo indicación de transfusión.	<b>Vigencia: 5 años</b>
Página 11 de 16			<b>Nº Edición: 4</b>

## 10. DIAGRAMA DE FLUJO





HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA  
RODRIGUEZ

Código: PROT GCL-1.7

Protocolo indicación de transfusión.

Vigencia: 5 años

Página 12 de 16

Nº Edición: 4

SI

11. ANEXOS  
Tecnólogo Médico Despacha  
Transfusión a Enfermera y/o  
TENS Turno

11.1 ANEXO 1: ORDEN DE SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ

Código: PROT GCL-1.7

Protocolo indicación de transfusión.

Vigencia: 5 años

Página 13 de 16

Nº Edición: 4



### SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

SERVICIO: \_\_\_\_\_

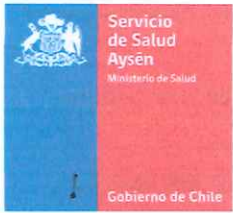
<b>ADULTO</b>	<b>PEDIÁTRICO</b>		
Glóbulos rojos <input type="text"/> Ud.	<input type="text"/> ml.	Peso <input type="text"/>	Estatura <input type="text"/>
Plasma fresco <input type="text"/> ml.	<input type="text"/> ml.	Transfusiones previas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Crioprecipitado <input type="text"/> Ud.	<input type="text"/> ml.	Reacciones adversas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Plaquetas <input type="text"/> Ud.	<input type="text"/> ml.		

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo paciente \_\_\_\_\_

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre	
Ficha	M	F	Edad	RUN	
Diagnóstico					
<b>MOTIVO DE URGENCIA</b>					
Hto. <21% o Hb. ≤7 g/dl	<input type="checkbox"/>	Plaquetas <10.000 x10 <sup>3</sup> /μl	<input type="checkbox"/>	TP o INR alterado	<input type="checkbox"/>
Sangrado activo o Pabellón	<input type="checkbox"/>	Plaquetas <50.000 x10 <sup>3</sup> /μl	<input type="checkbox"/>	TTPA alterado	<input type="checkbox"/>
Enf. Coronaria o ACV con Hb. ≤8 g/dl	<input type="checkbox"/>	Plaquetas <100.000 x10 <sup>3</sup> /μl cirugía alto riesgo	<input type="checkbox"/>	Paciente oncológico	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	Alteración de función plaquetaria	<input type="checkbox"/>		
Otro _____					
<b>INDICACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN</b>					
Inmediata <input type="checkbox"/>	Urgente <input type="checkbox"/>		No urgente <input type="checkbox"/>		
Sin prueba de compatibilidad	Tiempo de envío máx. entre 40 min. a 4 hrs.		Tiempo de envío máx. hasta 12 hrs.		
Tiempo de envío máx. 10 min.					
<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>					
Hto. <input type="text"/> %	Hb. <input type="text"/> g/dl	Rto. plaquetas <input type="text"/> x10 <sup>3</sup> /μl	Fibrinógeno <input type="text"/> mg/dl		
TP <input type="text"/> seg.	TTPA <input type="text"/> seg.	INR <input type="text"/>	Dímero D <input type="text"/> μg/ml		
<b>PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS</b>					
Recambio Plasmático <input type="checkbox"/>	Eritroaféresis <input type="checkbox"/>	Exanguineo transfusión RN <input type="text"/> ml.			
Nº de procedimientos <input type="text"/>	Hto. actual <input type="text"/> %				
Fluido de reposición	Hto. a lograr <input type="text"/> %				
Plasma fresco <input type="checkbox"/>					
Albumina <input type="checkbox"/>					
Suero fisiológico <input type="checkbox"/>					

TODA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE SERA RECHAZADA

Nombre médico \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



# HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ

Protocolo indicación de transfusión.

Página 14 de 16

Código: PROT GCL-1.7

Vigencia: 5 años

Nº Edición: 4

## PARA SER LLENADO POR EL BANCO DE SANGRE

Fecha recepción: ..... Hora: ..... TM/TP: .....

Grupo ABO/Rh. (DV) Paciente  AI Paciente  CD Paciente  FECHA EXAMENES

Transfusión preparada: Fecha: ..... Hora: ..... TM: .....

Servicio de destino: ..... Fecha: ..... Hora: ..... TM: .....

	1	2	3	4	5	6	7	8
Comp. sanguíneo								
Nº Unidad								
Grupo Rh (CS)								
AI (CS)								
PC/TM								
Volumen								
Nº pool/alícuota								
Nº de Transfusión								
TM de Despacho								
Hora de Despacho								
Fecha de despacho								
Nº Anual								
Nº Mensual								

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente sin donantes

Sin stock

Entregado a: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

- Check List:
- Indicación de la Transfusión en ficha clínica
  - Identificación del Paciente en Sala
  - Reclasificación ABO/Rh o segunda muestra
  - Registro de Entrega comp. sanguíneo en hoja Enfermería
  - Profesional que recibe comp. sanguíneo
  - TP Responsable

	SI	NO



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ

Código: PROT GCL-1.7

Protocolo indicación de transfusión.

Vigencia: 5 años

Página 15 de 16

Nº Edición: 4



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO MEDICO**



Yo \_\_\_\_\_ cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, y/o representante legal \_\_\_\_\_ cédula de identidad N.º \_\_\_\_\_.

He sido informado por \_\_\_\_\_ que dado mi diagnóstico de \_\_\_\_\_ debo ser sometido a \_\_\_\_\_.

Se me ha informado del objetivo, las características y beneficios del procedimiento, así como de sus potenciales riesgos. Se me han explicado las consecuencias que tendría para mi salud el no realizar este procedimiento.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido aclaradas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Estoy informado de que puedo revocar este consentimiento comunicándoselo a profesional tratante, sin tener que dar explicaciones y sin perjudicarme en mis derechos de paciente o usuario.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria (Marque con una X la opción tomada):

Acepto \_\_\_\_\_ No Acepto \_\_\_\_\_, y entiendo las consecuencias que mi rechazo puede generar en mi salud.

Nombre y firma del paciente:	
Nombre y firma del responsable legal:	
Nombre del profesional:	Firma del profesional:
Fecha:	Unidad/Servicio:

REVOCATORIA: Mediante la presente vengo a expresar mi revocatoria al consentimiento informado otorgado más arriba.

Firma y Rut del paciente o responsable legal

Firma y Rut de testigo del paciente o responsable legal

Fecha:



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ

Código: PROT GCL-1.7

Protocolo indicación de transfusión.

Vigencia: 5 años

Página 16 de 16

Nº Edición: 4



HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE  
Servicio de Salud Aysén  
BANCO DE SANGRE

Nº FOLIO:

### INFORME CONTROL TRANSFUSIONAL BANCO DE SANGRE HRC

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA DE ENVÍO: \_\_\_\_\_

NOMBRE PACIENTE:			
RUN:		FICHA:	
SEXO:	SERVICIO SOLICITANTE:	SERVICIO DE DESTINO:	
GRUPO Rh PACIENTE:	Al PACIENTE:	GRUPO Rh DONANTE:	
TRANSFUSIÓN DE: <input type="radio"/> GR FILTRADO <input type="radio"/> PFC <input type="radio"/> CRIOPP <input type="radio"/> PLAQUETAS			
Nº DE UNIDAD:			

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA TECNÓLOGO MÉDICO RESPONSABLE

<b>CHECK LIST PRETRANSFUSIONAL: Antes de comenzar la transfusión, verificar la siguiente información</b>	
Número de unidad coincide con el escrito en este informe.	
Grupo-Rh etiqueta de bolsa coincide con el escrito en este informe.	
Corroborar datos personales de paciente en ficha.	
Verificación aspecto de la unidad a transfundir.	

Número Unidad	Nombre Profesional que inicia la transfusión	Hora Inicio	Hora Final	Constantes vitales						Nombre profesional que finaliza la transfusión
				PA	Inicio Pulso	T°	PA	Final Pulso	T°	

OBS. PRIMEROS 10 MINUTOS (DESCRIBIR SINTOMAS):

OBS. 1 HORA DESPUÉS DE TERMINADA LA TX (DESCRIBIR SINTOMAS):

INCIDENCIAS	SI	NO
¿Algún síntoma de reacción transfusional?		
¿La transfusión fue interrumpida?		
¿Ha devuelto la bolsa al Banco de Sangre / UMT?		
¿Ha enviado comunicación de reacción para estudio al Banco de Sangre?		

Cantidad residual \_\_\_\_\_ ml

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Cod.:652-5300

