

NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

Fecha: ____/____/____ Inicio de transfusión: ____:____ Fin de transfusión: ____:____

Especie: _____ Componente administrado: _____

Información del donante Nº _____ Grupo sanguíneo: _____ Recogida: ____/____/____	Información del receptor Raza: _____ Fecha Nac.: _____ Sexo: _____ Grupo sanguíneo: _____ Peso: _____ Kg
Crossmatching: __negativo __positivo Volumen administrado: _____ ml	

Diagnóstico: _____

Antecedentes importantes: _____

Objetivo de la transfusión: _____

Monitorización de la transfusión:

	Antes de la transfusión	20 minutos de transfusión 0,25 mL/Kg/h	1 hora de transfusión 5 -10 mL/Kg/h	3horas Post- transfusión
Actitud				
Frec. Cardíaca				
Frec. Respirat.				
Color Mucos.				
Temperatura				
PAD				
PAM				
PAS				

Reacciones transfusionales - Síntomas (hora, fecha)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urticaria/Prurito/Angioedema _____
<input type="checkbox"/> Temblores/Convulsiones _____
<input type="checkbox"/> Sialorrea _____
<input type="checkbox"/> Vómitos _____
<input type="checkbox"/> Diarrea _____
<input type="checkbox"/> Disnea _____
<input type="checkbox"/> Tos _____
<input type="checkbox"/> Rinorrea _____
<input type="checkbox"/> Anuria _____ | <input type="checkbox"/> Edema _____
<input type="checkbox"/> Quemosis _____
<input type="checkbox"/> Hemólisis _____
<input type="checkbox"/> Petequias/Equimosis _____
<input type="checkbox"/> AVC/Tromboembolismo pulmonar/Infarto _____
<input type="checkbox"/> Choque _____
<input type="checkbox"/> Hipotensión _____
<input type="checkbox"/> Parada cardio-respiratoria _____
<input type="checkbox"/> Fiebre _____ |
|---|---|

NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

Descripción:

Comentarios:

Clínica/Hospital _____

Médico Veterinario: _____

Fecha: _____