



HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"
UNIDAD DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
TARJETA DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES

GRUPO SANGUINEO:..... FACTOR Rh:.....

N° DE BOLSA:..... N° SELLO DE CALIDAD:.....

NOMBRE DEL RECEPTOR:.....

SERVICIO:..... N° CAMA:.....

PRODUCTO REMITIDO:	PAQUETE GLOBULAR	()	PLAQUETAS	()
	PLASMA FRESCO	()	CRIOPRECIPITADO	()

VOLUMEN:.....

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD SI () SIN P. CM ()

FECHA: / / PERSONAL RESPONSABLE:.....

NOTA: CONSERVAR ESTA TARJETA EN LA HISTORIA CLÍNICA