



CENTRO DE TRANSFUSION VETERINARIO



www.ctveterinaria.es

TELEFONO: 659 41 14 98

E-MAIL: ctveterinaria@yahoo.es



FECHA: / / ESPECIE: EQUINA PACIENTE: _____ RAZA: _____ EDAD: _____ PESO: _____

PROPIETARIO: _____ PATOLOGIA: _____ SEXO: M H

GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE: A C D K P Q GRUPO SANGUINEO DEL DONANTE: A C D K P Q

PRUEBA DE REACCIÓN CRUZADA: SI NO AGLUTINACIÓN EN PORTA CROSSMATCH COOMBS INDIRECTO VOLUMEN A TRANSFUNDIR: _____

COMPONENTE A TRANSFUNDIR: SANGRE ENTERA CONCENTRADO DE HEMATIES CRIOPRECIPITADO
 PLASMA FRESCO PLASMA FRESCO CONGELADO PLASMA CONGELADO PLASMA POBRE EN CRIOPRECIPITADO

HEMATOCRITO DE PACIENTE PRETRANSFUSIÓN: _____% HEMATOCRITO DE PACIENTE POSTTRANSFUSIÓN (1 HORA): _____%

TIEMPO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACIÓN	PRESIÓN VENOSA	OBSERVACIONES	FIRMA
0 min						
15 min						
30 min						
1 h						
1 h 30 min						
2h						
2 h 30 min						
3 h						
3 h 30 min						
4 h						