



C.T.V. CENTRO DE TRANSFUSIÓN VETERINARIO.
MONITORIZACIÓN DE TRANSFUSION SANGUINEA

CLINICA – CENTRO – HOSPITAL VETERINARIO: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PACIENTE: _____ PESO: _____ ESPECIE: CANINA FELINA

RAZA: _____ SEXO: M / H EDAD: _____ PROPIETARIO: _____

PATOLOGIA: _____

GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE: D.E.A 1.1 POSITIVO NEGATIVO A B AB

GRUPO SANGUINEO DEL DONANTE: D.E.A 1.1 POSITIVO NEGATIVO A B AB

PRUEBA DE REACCIÓN CRUZADA: SI NO AGLUTINACIÓN EN PORTA CROSSMATCH COOMBS INDIRECTO

COMPONENTE A TRANSFUNDIR: SANGRE ENTERA CONCENTRADO DE HEMATIES

PLASMA FRESCO CONGELADO PLASMA CONGELADO PLASMA POBRE EN CRIOPRECIPITADO CRIOPRECIPITADO

VOLUMEN A TRANSFUNDIR: _____ UNIDAD Nº: _____

FECHA DE EXTRACCIÓN: ____ / ____ / ____ FECHA DE CADUCIDAD: ____ / ____ / ____

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						