

PAUTA DE COTEJO INDICACION DE TRANSFUSION

Record ID

NOMBRE EVALUADOR

FECHA DE EVALUACION

N° DE SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

SERVICIO EVALUADOR

- ☐ Pabellón General
☐ Pabellón Quemados
☐ UPC Respiratoria
☐ UPC Quemados
☐ UPC Valech
☐ UPC 5° piso
☐ UEH

PARAMETRO A EVALUAR EN SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Clínico llena los campos de la solicitud de transfusión (De paciente: al menos nombre, dos apellidos, N° de ficha, servicio clínico, sala, cama, edad, sexo. De médico que solicita: al menos primer apellido y firma)

☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

La indicación de glóbulos rojos se realiza según criterios de indicación

☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

El clínico justificó la indicación de transfusión llenando el ítem "Motivo de Transfusión"

☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

N/A Son situaciones en las que alguno de los parámetros a evaluar no cumple, pero particularmente no aplica. Por ejemplo, solicitudes inmediatas en las que por la emergencia no se dispone de Hto o Hb, ficha del paciente, edad, muestra, etc. (Recuperador u otro servicio crítico del Hospital).

CADA PAUTA DE COTEJO CUMPLE SI POSEE UNA DE LAS SIGUIENTES POSIBILIDADES DE RESPUESTAS:

PARAMETRO POSIBILIDAD 1 POSIBILIDAD 2

N° 1 SI SI

N° 2 SI NO

N° 3 N/A SI

CUMPLE PAUTA

1 = SI CUMPLE

0 = NO CUMPLE