

**SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA**

Hermosillo, Sonora, a _____ de _____ del 20_____

**GUIA SANITARIA DE MOVIMIENTO
DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y COMPONENTES SANGUINEOS
PARA SU USO CON FINES TERAPEUTICOS**

Anexo al presente se envía(n) el(los) producto(s) que a continuación se relaciona(n)

No.	Unidades de Sangre y Componentes Sanguíneos Solicitados	Sistema de Grupos ABO Rh(D)	Numero de Unidades	Tipo de Contenedor	Temperatura de Salida:	Temperatura de llegada:
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Diagnóstico por el que se requiere:

66-CTS-P10-F02/REV.01

En Apoyo: _____

Destino:	Observaciones:
----------	----------------

Atentamente:

Elaboró:

Responsable de Banco de Sangre

Sello:

NOTA: FORMA OFICIAL AJUSTADA AL SECTOR PÚBLICO (IMSS, ISSSTE, CRM, PEMEX, SEDENA, SEMAR)

Este documento no puede ser reproducido de forma total o parcial sin la autorización previa y por escrito del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de Sonora.