

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

Hermosillo, Sonora, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INTERCAMBIO DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y COMPONENTES SANGUINEOS**

Medico Responsable	
Autorización No.-	
Establecimiento	

De acuerdo al convenio Inter-Institucional de Intercambio de Sangre Humana y sus Componentes Solicito:

Unidades de Sangre y Componentes Sanguíneos Solicitados:	Sistema de Grupos		Numero de Unidades	Observaciones ó Requerimientos especiales
	ABO	Rh(D)		
Concentrado de Eritrocitos				
Plasma Fresco Congelado				
Crioprecipitados				
Concentrado Plaquetario				
Otros: Especifique				

Servicios Solicitados	No.-	Observaciones ó Requerimientos Especiales
Procedimiento de Aféresis		
Concentrado de Eritrocitos Lavados		
Concentrado de Eritrocitos Desleucocitados		
Fracciones Pediátricas		
Reconstrucción		

Nombre del Paciente	
Diagnostico por el que requiere	
Medico que Indica	

Atentamente:

Médico Responsable del Banco de Sangre

Elaboró:

Sello

ESTA SOLICITUD DE INTERCAMBIO NO PODRÁ SER REPRODUCIDA EN FORMA TOTAL O PARCIAL SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA.

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

66-CTS-P10-F01/REV.01