****  **SERVICIOS DE SALUD DE SONORA**

**PUESTO DE SANGRADO MÒVIL**

**DEPENDIENTE DEL BANCO DE SANGRE DEL**

**CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUIÒN SANGUÌNEA**

Hoja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

**FORMATO PARA TRASLADO DE UNIDADES DE SANGRE TOTAL AL BANCO DE SANGRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **NO. UNIDAD** | **NOMBRE COMPLETO DEL DONANTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE ENVIO** **(LLENAR POR PERSONAL DEL PUESTO DE SANGRADO QUE PREPARA EL ENVÍO)** | **DATOS DE RECEPCIÓN** **(LLENAR POR PERSONAL DEL BANCO DE SANGRE QUE RECIBE LAS UNIDADES)** |
| FECHA: | FECHA: |
| HORA: | HORA: |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| TEMPERATURA : | TEMPERATURA: |
| FIRMA: | FIRMA: |
| OBSERVACIONES: | OBSERVACIONES: |

 66-CTS-P12-F04/Rev.02

**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.**