

**SOLICITUD DE PLASMA CONVALECIENTE COVID-19**
ESTE PEDIDO DEBE SER LLENADO EN FORMA CLARA Y COMPLETA CON FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.**PAE C19**

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL						FECHA
APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE						
DNI	EDAD	SEXO	GRUPO SANGUINEO	FACTOR RH	PESO	ETNIA

SINTOMAS DEL PACIENTE

SAT DE O2	PaFiO2	FR	FC	SHOCK SEPTICO		FALLO O DISFUNCION MULTIORGANICO		LINFOPENIA <800		FERRITINA	DIMERO D >1000	LDH 2 veces lo normal	IMÁGENES PULMONARES RX/TAC Presencia de infiltrado bilateral	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO				SI	NO

TRATAMIENTO CONCOMITANTE (Detallar medicación, dosis e inicio de administración):

DIAGNOSTICO	COVID-19 (+) Fecha PCR:	FECHA DE INICIO DE LOS SINTOMAS:				FECHA DE INTERNACION:							
COMORBILIDADES	DIABETES	EPOC	OBESIDAD	ENF. CARDIOVASC.	HTA	INMUNODEF 1º O 2º							
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:											OTRAS		
REGISTRO DE ANTECEDENTES DE ADICCION/ES:													
EFECTO TERAPEUTICO ESPERADO:													

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES:

TRANSFUSIONES ANTERIORES	SE IGNORA	SI	NO				
REACCIONES TRANSFUSIONALES	SE IGNORA	SI	NO				
SENSIBILIZACION	SE IGNORA	SI	NO				
OBSTETRICOS	SE IGNORA	SI	NO			PARTOS N°	



SOLICITUD DE PLASMA CONVALECIENTE	FIRMA Y SELLO MEDICO RESPONSABLE	FIRMA Y SELLO HEMOTERAPIA
..... UNIDAD/ES		

- 1.- No se dará curso a pedidos que no se encuentren debidamente registrados. La presente planilla deberá ser completada en su totalidad.
- 2.- Portratarse de una terapéutica bajo estudio, el registro de todas las prácticas posee un alto interés epidemiológico
- 3.- El Paciente deberá otorgar consentimiento por escrito previo a esta solicitud.
- 4.- El profesional médico que firma el presente requerimiento declara haber leído y conocer el contenido de las Recomendaciones terapéuticas efectuadas por el Ministerio de Salud Pública de Tucumán.