

SOLICITUD DE PLASMA CONVALECIENTE COVID-19

ESTE PEDIDO DEBE SER LLENADO EN FORMA CLARA Y COMPLETA CON FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.

SPCC19

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL						FECHA
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE						
DNI DEL PACIENTE	SEXO	EDAD	GRUPO ABO	FACTOR Rh	PESO (kg)	ETNIA

SINTOMAS DEL PACIENTE

SATURACION DE OXIGENO	FRECUENCIA CARDIACA	REQUERIMIENTO DE OXIGENO		SHOCK SEPTICO		FALLO O DISFUNCION MULTIORG.		ARM		PISO		UTI		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
TRATAMIENTO CONCOMITANTE (Detallar medicación, dosis e inicio de administración):									LDH		FERRITINA		DIMERO D	
DIAGNOSTICO	COVID19		Fecha de inicio de síntomas:				Fecha de internación:							
COMORBILIDADES	Diabetes		EPOC		Obesidad		Enferm. Cardio-vascular		Hiper-tensión arterial		Inmuno-deficiencia I° - II°			
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA											Otras			
Registro de antecedentes de adicción/es:														
EFECTO TERAPÉUTICO ESPERADO														

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES DEL PACIENTE

TRANSFUSIONES ANTERIORES	SE IGNORA		SI		NO	
REACCIONES ALERGICAS	SE IGNORA		SI		NO	
ANTECEDENTES DE SENSIBILIZACION	SE IGNORA		SI		NO	
OBSTETRICOS	SE IGNORA		SI		NO	PARTOS (N°):

DOSIS SOLICITADA		FIRMA Y SELLO MEDICO SOLICITANTE		V° B° SERVICIO DE HEMOTERAPIA	
..... ML UNIDADES DE PLASMA CONVALECIENTE				

- 1.- No se dará curso a pedidos que no se encuentren debidamente registrados. La presente planilla deberá ser completada en su totalidad.
- 2.- Por tratarse de una terapéutica bajo estudio, el registro de todas las prácticas posee un alto interés epidemiológico.
- 3.- 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 Pcia. Bs. As.