

## 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:													
EFFECTO 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.