

**Formato de evaluación de la oportunidad de la administración de hemoderivados**

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Período evaluado \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	Número de cc ó TI	Hemocomponente solicitado	Número de unidades	Diagnóstico	Urgencia		Pruebas cruzadas		Hora de solicitud	Hora de ingreso al banco	Hora de inicio de la transfusión	Transfusión pertinente*	
					Si	No	Si	No				Si	No

\* La pertinencia de la transfusión será evaluada por el comité periódicamente y de acuerdo a los criterios que cada institución defina