

FECHA DE SOLICITUD: 08 08 2023

HORA: 00 20

SOLICITUD: Nº 0027184

APELLIDOS Y NOMBRES: Cuatucumbamba Gualacata Ruiz Patricio

SERVICIO: Hematología SALA: 301

CAMA: 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: 0 PASAPORTE: 0

HISTORIA CLÍNICA: 9

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1002706337

30400.6

NACIONALIDAD: Ecuatoriano

EDAD: 45

SEXO: M

PESO (Kg): 76.5

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia Linfoblástica Aguda

FECHA DE NACIMIENTO: 08 08 2023

CÓDIGO CIE 10: C91.0

CÓDIGO CIE 10: D 69.5

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia secundario

AFLIADO A: 0

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD: 1

SEGURO ISSFA: 0
SEGURO ISSPOL: 0
SEGURO GENERAL: 0
SEGURO VOLUNTARIO: 0
SEGURO CAMPEÑO: 0

CLÍNICO: 0
QUIRÚRGICO: 0
NEONATOLÓGICO: 0
GINECO-OBSTÉTRICO: 0

EMERGENCIA (5min.): 0
URGENCIA (15min.): 0
RUTINA (45min.): 0
ALLSTAR: 0
FECHA: 0
HORA: 0

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI 0 NO 0

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES 0

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI 0 NO 0

HEMOGLOBINA: 8.0

HEMATOCRITO: 25.1

PLAQUETAS: 20.000

TP: 0

TTP: 0

GRUPO ABO RH: 0

OTROS: 0

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

9. RESPONSABLE: 0

10. RESPONSABLE: 0

11. RESPONSABLE: 0

12. RESPONSABLE: 0

13. RESPONSABLE: 0

14. RESPONSABLE: 0

15. RESPONSABLE: 0

16. RESPONSABLE: 0

17. RESPONSABLE: 0

18. RESPONSABLE: 0

19. RESPONSABLE: 0

20. RESPONSABLE: 0

21. RESPONSABLE: 0

22. RESPONSABLE: 0

23. RESPONSABLE: 0

24. RESPONSABLE: 0

25. RESPONSABLE: 0

26. RESPONSABLE: 0

27. RESPONSABLE: 0

28. RESPONSABLE: 0

29. RESPONSABLE: 0

30. RESPONSABLE: 0

31. RESPONSABLE: 0

32. RESPONSABLE: 0

33. RESPONSABLE: 0

34. RESPONSABLE: 0

35. RESPONSABLE: 0

36. RESPONSABLE: 0

37. RESPONSABLE: 0

38. RESPONSABLE: 0

39. RESPONSABLE: 0

40. RESPONSABLE: 0

41. RESPONSABLE: 0

42. RESPONSABLE: 0

43. RESPONSABLE: 0

44. RESPONSABLE: 0

45. RESPONSABLE: 0

46. RESPONSABLE: 0

47. RESPONSABLE: 0

48. RESPONSABLE: 0

49. RESPONSABLE: 0

50. RESPONSABLE: 0

51. RESPONSABLE: 0

52. RESPONSABLE: 0

53. RESPONSABLE: 0

54. RESPONSABLE: 0

55. RESPONSABLE: 0

56. RESPONSABLE: 0

57. RESPONSABLE: 0

58. RESPONSABLE: 0

59. RESPONSABLE: 0

60. RESPONSABLE: 0

61. RESPONSABLE: 0

62. RESPONSABLE: 0

63. RESPONSABLE: 0

64. RESPONSABLE: 0

65. RESPONSABLE: 0

66. RESPONSABLE: 0

67. RESPONSABLE: 0

68. RESPONSABLE: 0

69. RESPONSABLE: 0

70. RESPONSABLE: 0

71. RESPONSABLE: 0

72. RESPONSABLE: 0

73. RESPONSABLE: 0

74. RESPONSABLE: 0

75. RESPONSABLE: 0

76. RESPONSABLE: 0

77. RESPONSABLE: 0

78. RESPONSABLE: 0

79. RESPONSABLE: 0

80. RESPONSABLE: 0

81. RESPONSABLE: 0

82. RESPONSABLE: 0

83. RESPONSABLE: 0

84. RESPONSABLE: 0

85. RESPONSABLE: 0

86. RESPONSABLE: 0

87. RESPONSABLE: 0

88. RESPONSABLE: 0

89. RESPONSABLE: 0

90. RESPONSABLE: 0

91. RESPONSABLE: 0

92. RESPONSABLE: 0

93. RESPONSABLE: 0

94. RESPONSABLE: 0

95. RESPONSABLE: 0

96. RESPONSABLE: 0

97. RESPONSABLE: 0

98. RESPONSABLE: 0

99. RESPONSABLE: 0

100. RESPONSABLE: 0

101. RESPONSABLE: 0

102. RESPONSABLE: 0

103. RESPONSABLE: 0

104. RESPONSABLE: 0

105. RESPONSABLE: 0

106. RESPONSABLE: 0

107. RESPONSABLE: 0

108. RESPONSABLE: 0

109. RESPONSABLE: 0

110. RESPONSABLE: 0

111. RESPONSABLE: 0

112. RESPONSABLE: 0

113. RESPONSABLE: 0

114. RESPONSABLE: 0

115. RESPONSABLE: 0

116. RESPONSABLE: 0

117. RESPONSABLE: 0

118. RESPONSABLE: 0

119. RESPONSABLE: 0

120. RESPONSABLE: 0

121. RESPONSABLE: 0

122. RESPONSABLE: 0

123. RESPONSABLE: 0

124. RESPONSABLE: 0

125. RESPONSABLE: 0

126. RESPONSABLE: 0

127. RESPONSABLE: 0

128. RESPONSABLE: 0

129. RESPONSABLE: 0

130. RESPONSABLE: 0

131. RESPONSABLE: 0

132. RESPONSABLE: 0

133. RESPONSABLE: 0

134. RESPONSABLE: 0

135. RESPONSABLE: 0

136. RESPONSABLE: 0

137. RESPONSABLE: 0

138. RESPONSABLE: 0

139. RESPONSABLE: 0

140. RESPONSABLE: 0

141. RESPONSABLE: 0

142. RESPONSABLE: 0

143. RESPONSABLE: 0

144. RESPONSABLE: 0

145. RESPONSABLE: 0

146. RESPONSABLE: 0

147. RESPONSABLE: 0

148. RESPONSABLE: 0

149. RESPONSABLE: 0

150. RESPONSABLE: 0

151. RESPONSABLE: 0

152. RESPONSABLE: 0

153. RESPONSABLE: 0

154. RESPONSABLE: 0

155. RESPONSABLE: 0

156. RESPONSABLE: 0

157. RESPONSABLE: 0

158. RESPONSABLE: 0

159. RESPONSABLE: 0

160. RESPONSABLE: 0

161. RESPONSABLE: 0

162. RESPONSABLE: 0

163. RESPONSABLE: 0

164. RESPONSABLE: 0

165. RESPONSABLE: 0

166. RESPONSABLE: 0

167. RESPONSABLE: 0

168. RESPONSABLE: 0

169. RESPONSABLE: 0

170. RESPONSABLE: 0

171. RESPONSABLE: 0

172. RESPONSABLE: 0

173. RESPONSABLE: 0

174. RESPONSABLE: 0

175. RESPONSABLE: 0

176. RESPONSABLE: 0

177. RESPONSABLE: 0

178. RESPONSABLE: 0

179. RESPONSABLE: 0

180. RESPONSABLE: 0

181. RESPONSABLE: 0

182. RESPONSABLE: 0

183. RESPONSABLE: 0

184. RESPONSABLE: 0

185. RESPONSABLE: 0

186. RESPONSABLE: 0

187. RESPONSABLE: 0

188. RESPONSABLE: 0

189. RESPONSABLE: 0

190. RESPONSABLE: 0

191. RESPONSABLE: 0

192. RESPONSABLE: 0

193. RESPONSABLE: 0

194. RESPONSABLE: 0

195. RESPONSABLE: 0

196. RESPONSABLE: 0

197. RESPONSABLE: 0

198. RESPONSABLE: 0

199. RESPONSABLE: 0

200. RESPONSABLE: 0

201. RESPONSABLE: 0

202. RESPONSABLE: 0

203. RESPONSABLE: 0

204. RESPONSABLE: 0

205. RESPONSABLE: 0

206. RESPONSABLE: 0

207. RESPONSABLE: 0

208. RESPONSABLE: 0

209. RESPONSABLE: 0

210. RESPONSABLE: 0

211. RESPONSABLE: 0

212. RESPONSABLE: 0

213. RESPONSABLE: 0

214. RESPONSABLE: 0

215. RESPONSABLE: 0

216. RESPONSABLE: 0

217. RESPONSABLE: 0

218. RESPONSABLE: 0

219. RESPONSABLE: 0

220. RESPONSABLE: 0

221. RESPONSABLE: 0

222. RESPONSABLE: 0

223. RESPONSABLE: 0

224. RESPONSABLE: 0

225. RESPONSABLE: 0

226. RESPONSABLE: 0

227. RESPONSABLE: 0

228. RESPONSABLE: 0

229. RESPONSABLE: 0

230. RESPONSABLE: 0

231. RESPONSABLE: 0

232. RESPONSABLE: 0

233. RESPONSABLE: 0

234. RESPONSABLE: 0

235. RESPONSABLE: 0

236. RESPONSABLE: 0

237. RESPONSABLE: 0

238. RESPONSABLE: 0

239. RESPONSABLE: 0

240. RESPONSABLE: 0

241. RESPONSABLE: 0

242. RESPONSABLE: 0

243. RESPONSABLE: 0

244. RESPONSABLE: 0

245. RESPONSABLE: 0

246. RESPONSABLE: 0

247. RESPONSABLE: 0

248. RESPONSABLE: 0

249. RESPONSABLE: 0

250. RESPONSABLE: 0

251. RESPONSABLE: 0

25



No. ORDEN: 71225

FECHA PEDIDO: 08/08/2023.

CONCLUSIONS

CEJULA: 100280033/

SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA

C91.0 LEUCEMIA UNFORDA

NEGATIVO

NEGATIVO

100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

12/08/023	NEOCTIMO V. A.
-----------	----------------

--	--

[illegible][illegible][illegible]

1000

1000

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--

[illegible]

Revisado por _____

[illegible]

SOLCA NUGLEO DE QUITO

[illegible]

Lider He Banco de Saneare

1



**PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES
TRANSSELECCIONADOS**

Donna
sangre

0027184

0027184

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:	8	8	2023	HORA:	01	7
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS:		8	2023	URGENCIA 15 min:		
PRIORIDAD DE DESPACHO:	ALISTAR:			RUTINA 45 min:	X	
				EMERGENCIA 5 min:		

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS:		LUCIO PATRICIO CUATUCCUAMBA GUALACATA		SERVICIO:	04 HS. ONCOLOGIA CLINICA			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	<input checked="" type="checkbox"/> X	PASAPORTE:	<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA:	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DE EMERGENCIA:		
FECHA DE NACIMIENTO:	08/02/1978	EDAD:	45 Años	SEXO:	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	PESO (kg.): 76		
DIAGNÓSTICO CIE 10:	LEUCEMIA LINFOLASTICA AGUDA							
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:	TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA							
TRANSFUSIONES ANTERIORES:	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO	<input type="checkbox"/>	REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
SALA:		15. ONCOLOGIA CLIN		CAMA:	301.7			
N° DE IDENTIFICACIÓN:		1002806337		CÓDIGO CIE 10:		C91.0		
CÓDIGO CIE 10:		O +		CÓDIGO CIE 10:		D69.5		

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 4,CPAF 4,PCP 1,

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO				DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR			
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH		COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES
		CPAE - B0	O+	772302529	216	12/08/2023	O +		Cc.c.c.E.e.e.e.K.k.	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	AUG

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por:

Fecha y Hora:

AUG 8 '23 5:17

Recibido por:**Fecha y Hora:**

Desechado por:

Fecha y Hora:

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 10, DONACIONES DE REPOSICION DE SOLCA NUCLEO DE QUITO
LTC. SILVIA FLORES

SILVIA REMACHE
FECHA: 08/08/2023

HORA:

FIRMA:

FECHA: 08/08/2023

HORA:

FIRMA:

FECHA: 08/08/2015

HORA:

FIRMA:

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zamora Mantu
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
G-1: 021 211 1111

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

[illegible]

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	POSTRANSFUSIONAL:	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:
-------------------------	-------------------	---

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	OCAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NAÚSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSION	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISENEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>								

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUE	CÓDIGO:		
CAUSA:	TEMPERATURA:	FECHA:	HORA:
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS	FIRMA:		
RECIBIDO POR:	FIRMA:		
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI	FIRMA:		

RESPONSABLE DEL SMT:	SILVIA REMACHE	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:		RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	
CÓDIGO PROFESIONAL:	0503351355	CÓDIGO PROFESIONAL:		CÓDIGO PROFESIONAL:	
FIRMA Y SELLO	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. SILVIA REMACHE S. BANCO DE SANGRE CALLE 11 FOLIO 15 No. 44	FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	



S LCA
NÚCLEO DE QUITO

**SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE**

SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

**Donna
sangre**

№ 0027209

SOLICITUD:

HORA: 13:45

FECHA DE SOLICITUD: 05 08 2023

APELLIDOS Y NOMBRES: CANTUJANA MARIA GUAYACATA WUB DORDELLO SALA: UCI CANA: 3

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 100280633 / 304006

NACIONALIDAD: ECUATORIANO FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1978 EDAD: 45 SEXO: H: [X] M: [] PESO (Kg): 63

DIAGNÓSTICO CIE 10: VEJEMIA UNFO BASTIA ACUDA B CÓDIGO CIE 10: C910

CÓDIGO CIE 10: D696

MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA: TROMBOCITOPENIA SEVERA DADA

AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:	<input type="checkbox"/>	CLÍNICO:	<input checked="" type="checkbox"/>	EMERGENCIA (5min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO ISSPOL:	<input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/>	URGENCIA (15min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO GENERAL:	<input checked="" type="checkbox"/>	NEONATOLÓGICO:	<input type="checkbox"/>	RUTINA (45min.):	<input checked="" type="checkbox"/>
SEGURO VOLUNTARIO:	<input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTÉTRICO:	<input type="checkbox"/>	ALISTAR:	<input type="checkbox"/>
SEGURO CAMPESINO:	<input type="checkbox"/>			FECHA:	<input type="text"/>
				HORA:	<input type="text"/>

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	3-5 MESES	6-8 MESES	9-12 MESES	>12 MESES
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 7.8	HEMATOCRITO: 21.6	PLAQUETAS: 6000	TP: []	TTP: []	GRUPO SANG. []
------------------	-------------------	-----------------	---------	----------	-----------------

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	CGRE						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCPL						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIATRICOS	CGRP						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIATRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLP						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIATRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL						
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS BRAVADOS	CGRI						

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							

6. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							

7. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							


8. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							

9. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							

10. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC						
CRIORECIPITADO	CRRO						
PLASMA REFRIGERADO	PR						
SANGRE RECONSTITUIDA	SR						
OTRO:							

11. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP						
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA			1		UJXO	
PLASMA FRESCO CONGELADO							

Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las unidades de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

NOMBRES Y APELLIDOS		6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO	
Dr. Pablo	Llerena	FRMA	SELLO
1719873004			SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dr. Pablo Llerena MÉDICO PRESENTANTE
C.I.		7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA	SOLCA NÚCLEO DE QUITO

FECHA:	05/08/2023	HORA:	18:45	RESPONSABLE:	
DR. PABLO L... MEDICO PRESIDENTE CALLE 14-109 ORDEN: 71204					
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL					
8. RECEPCION DE LA DONACION QUITO					
FECHA:	05/08/2023	HORA:	19:13	RESPONSABLE:	
Lito Diego C... BANCO DE SANGRE MSP-050-20832					

MSPDNEAS-FOR-06-31CS-06-01-2016

**PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO**

p
Ministerio
de Salud Pública

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DELA SOLICITUD:	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 2023	HORA:	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 28
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS:	<input type="text"/>	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 7073	URGENCIA 15 min:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRIORIDAD DE DESPACHO:	<input type="text"/>	RUTINA 45 min:	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENCIA 5 min:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS:		LUCIO PATRICIO CUATUQUAMBA GUALACATA		SERVICIO:		08 HS. TERAPIA INTENSIVA		SALA:		HS. TERAPIA INTENS		CAMA:		3	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		<input checked="" type="checkbox"/> X		PASAPORTE:		<input type="checkbox"/>		FORMULARIO DE EMERGENCIA:		<input type="checkbox"/>		N° DE IDENTIFICACIÓN:		1002806337	
FECHA DE NACIMIENTO:		08/02/1978		EDAD:		45 Años		SEXO:		H: <input checked="" type="checkbox"/> X		M: <input type="checkbox"/>		PESO (kg.):	
GRUPO ABO/RH:		<input type="checkbox"/>		O +		<input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIE 10:		C91.0		CÓDIGO CIE 10:		D69.6	
DIAGNÓSTICO CIE 10:		LEUCEMIA LINFOLASTICA AGUDA		MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA:		TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA									

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

TRANSFUSIONES ANTERIORES:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:
	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 4,CPAF 3,PCP 1,

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSEUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO					DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR								
INSPECCIÓN	TTC	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CPAF	O+	777302513	260	08/08/2023	O +		C ₊ ,c ₊ ,E ₊ ,s ₊ ,K ₊	NEGATIVO	COMPATIBLE.	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por:

AUG 6 '28 6:22

Recibido por:

Fecha y Hora:

22:52 | 9 30H

Desechado por:

Fecha y Hora:

AUG 5 '23 6:22

9. DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR:	FECHA:	HORA:	FIRMA:
DIEGO QUINTANILLA	05/08/2023	19:28	
Lissette Rivera	05/08/2023	19:40	
Lissette Rivera	05/08/2023	19:41	

Revisado Por:

SOLCANUC es QUITO
Dra. Marcela Zamora Mantecón
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
C.I. 130865

Ref. 1010-14-1311751

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

[illegible]

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL		
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	<input type="text"/>	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: <input type="text"/>
POSTRANSFUSIONAL:	<input type="text"/>	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: <input type="text"/>

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS




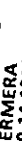

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NÁUSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCINURIA	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISPNEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>								

2.2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO				
NTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI	NO				
APROMISO INMUNOLÓGICO	SI	NO				

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL	CÓDIGO:	
CAUSA:	TEMPERATURA:	
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	FIRMA:	
RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN	FIRMA:	
	FECHA:	HORA:

RESPONSABLE DEL SMT:	DIEGO QUINTANILLA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	 Lisette Rivera	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	 Lisette Rivera
CÓDIGO PROFESIONAL:	0502408321	CÓDIGO PROFESIONAL:	Lisette Rivera	CÓDIGO PROFESIONAL:	Lisette Rivera
FIRMA Y SELLO	 Ldo. Diego Quintanilla BANCO DE SANGRE MSP-0502408321	FIRMA Y SELLO	 Ldo. Lisette Rivera ENFERMERA Reg. 1010-14-1311751	FIRMA Y SELLO	 Ldo. Lisette Rivera ENFERMERA Reg. 1010-14-1311751



FECHA DE SOLICITUD: 04 08 2023		HORA: 18 30		SOLICITUD: Nº 0027206	
1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)					
APELLIDOS Y NOMBRES: Cuatucumbamba Graciana Lucio Patricio		SALA: UU		CAMA: 125	
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: PASAPORTE: 08/02/1978		FORMULARIO DE EMERGENCIA: 1007806337 / 304006		Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1007806337 / 304006	
NACIONALIDAD: Ecuatoriana		EDAD: 15		PESO (Kg): 60	
DIAGNÓSTICO CIE 10: Trombocitopenia no especificada		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M		CÓDIGO CIE 10: C91	
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:		CÓDIGO CIE 10: D69.6		CÓDIGO DE LA SOLICITUD: PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		EMERGENCIA (5min.): <input type="checkbox"/>	
SEGURO ISSFA: <input type="checkbox"/>		CLÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/>		URGENCIA (15min.): <input type="checkbox"/>	
SEGURO ISSPOL: <input type="checkbox"/>		QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>		RUTINA (45min.): <input checked="" type="checkbox"/>	
SEGURO GENERAL: <input type="checkbox"/>		NEONATOLÓGICO: <input type="checkbox"/>		ALISTAR: <input type="checkbox"/>	
SEGURO VOLUNTARIO: <input type="checkbox"/>		GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>		FECHA: <input type="checkbox"/>	
SEGURO CAMPESIÑO: <input type="checkbox"/>		HORA: <input type="checkbox"/>		HORA: <input type="checkbox"/>	
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		3-5 MESES <input type="checkbox"/>		9-12 MESES <input type="checkbox"/>	
TEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES <input checked="" type="checkbox"/>		6-8 MESES <input type="checkbox"/>		> 12 MESES <input type="checkbox"/>	
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO	
HEMOGLOBINA: 8		TEMPO DE LABORATORIO ACTUALES: 7,000		TEMPO DE LABORATORIO ACTUALES: 7,000	
HEMATOCRITO: 24		PLAQUETAS: 10		PLAQUETAS: 10	
OTROS:		TTP: 30		TTP: 30	
GRUPO ABORRH: <input type="checkbox"/>		GRUPO ABORRH: <input type="checkbox"/>		GRUPO ABORRH: <input type="checkbox"/>	
COMPONENTE SANGÜÍNEO		COMPONENTE SANGÜÍNEO		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	
CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO		CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO		CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO CONGELADO	
PLASMA REFRIGERADO		PLASMA REFRIGERADO		PLASMA REFRIGERADO	
SANGRE RECONSTITUIDA		SANGRE RECONSTITUIDA		SANGRE RECONSTITUIDA	
OTRO:		OTRO:		OTRO:	
NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO	
LETRAS		LETRAS		LETRAS	
CP		CP		CP	
CFA		CFA		CFA	
PFC		PFC		PFC	
CRGO		CRGO		CRGO	
PR		PR		PR	
SR		SR		SR	
AUG 4'23 18:25		AUG 4'23 18:25		AUG 4'23 18:25	
Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente, manifiesto que este componente sanguíneo es enviado únicamente con la determinación de grupo ABORRH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.					
6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO					
NOMBRES Y APELLIDOS: Ernesto Xavier Guerrero Mora		FIRMA:		FIRMA:	
C.I.: 1722705678		C.I.: 1722705678		C.I.: 1722705678	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-2023	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA: 18:25		HORA: 18:25		HORA: 18:25	
FECHA: 04-08-2023		FECHA: 04-08-			

NO. ORDEN: 71198

FECHA PEDIDO 04/08/2023

CUATUCUAMBA GUALACATA LUCIO PATRICIO

304006
08 HS. TERAPIA INTENSIVA

C91 LEUCEMIA LINFOIDE

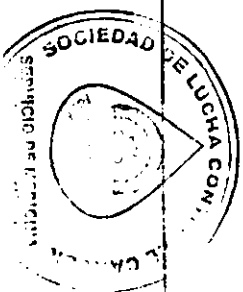
ADDITIONAL

NO. MUSKIEVA

RESPONSABLES DE VALIDACION DE RESULTADOS:

סגן נשיא

1

[illegible]**OBSERVACIONES:**

Responsible

BOLCA NUCLEO DE QUINTA
Ldo. Diego Quintana A.

Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zamora Mantilla
ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA
C.I.: 0403106685

Uder de Banco de Sangre



PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Ministerio de Salud Pública



PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027206

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 4 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 4 8 2023
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LUCIO PATRICIO CUATUCUAMBA GUALACATA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1007806337
FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1978
EDAD: 45 años
SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg.): ☐
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFÓIDE
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

SALA: HS. TERAPIA INTENS CAMA: 03
CÓDIGO CIE 10: C91
CÓDIGO CIE 10: D69.6

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 4, CPAF 2.

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

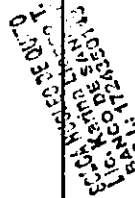
DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR							
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CPAF	A+	772302505	333	07/08/2023	O +		C ₄ +,E ₄ +,K ₄ -	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 1

AUG 4 '23 21:26

Entregado por: Angélica Cruz

Fecha y Hora:



Recibido por:

Fecha y Hora:

AUG 4 '23 21:26

Fecha y Hora:

ONENTES TRANSFUNDIDOS: 8, DONACIONES DE REPOSICIÓN: 0

ENVIADO POR: DIEGO QUINTANILLA
TRANSPORTADO POR: L. DÍAZ
RECIBIDO POR: M. Quintanilla

FECHA: 04/08/2023
HORA: 18:29
FECHA: 04/08/2023
HORA: 18:59
FECHA: 04/08/2023
HORA: 18:40

FIRMA:
FIRMA:
FIRMA:

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO QUITO
Dra. Marcela Zamora-Maturín
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
C.I.: 01085085

SOLCA NÚCLEO QUITO
Lda. Mirella Quiroz-Castaño
ENFERMERA CUADRO DIRECTO
C.I.: 22010591

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

[illegible]

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL		
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	POSTRANSFUSIONAL:	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS


ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NAÚSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSION	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISEÑA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>								

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
APROMISO INMUNOLÓGICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGÜÍNEO DEVL			CÓDIGO:		
CAUSA:			TEMPERATURA:		
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON			FIRMA:		
RECIBIDO POR:			FIRMA:		
RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN			FIRMA:		
			FECHA:	HORA:	

RESPONSABLE DEL SMT:	DIEGO QUINTANILLA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	M Quintana	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	M Quintana
CÓDIGO PROFESIONAL:	0502408321	CÓDIGO PROFESIONAL:		CÓDIGO PROFESIONAL:	
FIRMA Y SELLO	 SOLCA NUCLEO DE QUINTA Ldo. Diego Quintana BANCO DE SANGRE	FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	
			SOLCA NUCLEO DE QUINTA Centro de Medicina Quirúrgica ENFERMERA CORDADO DIRECTO CL. 2200105468	SOLCA NUCLEO DE QUINTA Centro de Medicina Quirúrgica Ldo. Mena Córdado Directo ENFERMERA CORDADO DIRECTO CL. 2200105468	

FECHA DE SOLICITUD: 04/08/2023 HORA: 06:00 SOLICITUD: 03

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)
APELLIDOS Y NOMBRES: *Alfonso Villalba Rod. gudi* SERVICIO: *U.C.I.* SALA: *Genetol* CAMA: *03*
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [] HISTORIA CLÍNICA: [] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [] Nº DE IDENTIFICACIÓN: *1002806331*
NACIONALIDAD: *Ecuatoriana* FECHA DE NACIMIENTO: *08/02/1978* EDAD: *45* SEXO: [X] M: [] PESO (Kg): *75*
DIAGNÓSTICO CIE 10: *Leucemia Linfocítica aguda* CÓDIGO CIE 10: *C91*
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: *Traslocación* CÓDIGO CIE 10: *Q81.2 D89.5*

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES
CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE
CLÍNICO: [] QUIRÚRGICO: []
NEONATOLÓGICO: [] GINECO-OBSTÉTRICO: []
EMERGENCIA (5min.): []
URGENCIA (15min.): [X]
RUTINA (45min.): []
ALISTAR: []
FECHA: [] HORA: []

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO []
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: [] < DE 2 MESES [] 3-5 MESES [] 6-8 MESES [] 9-12 MESES [] >12 MESES []
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [] NO []
HEMOGLOBINA: *10.4* HEMATOCRITO: *29.5* PLAQUETAS: *5000* TP: *18.6* TTP: *86.2* GRUPO ABO/RH: []
OTROS: []

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS
COMPONENTE SANGUÍNEO NÚMERO LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA 6 *del S*
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS
OTROS: []

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO
Yo, *Alfonso Villalba Rod. gudi*, en calidad de médico prescriptor del paciente *Alfonso Villalba Rod. gudi*, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO
NOMBRES Y APELLIDOS: *Alfonso Villalba Rod. gudi* FIRMA: *[Firma]*
C.I.: *0201656022* MEDICO GENERAL
Reg. MSP Libro 31 folio 74 N° 222
C.I. 0201656022

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA
RESPONSABLE: *N.A.*
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD
RESPONSABLE: *S. Robles Silva Remache S.*
FECHA: *04/08/2023* HORA: *6:47*
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A *5. Robles Silva Remache S.* SOLCA NÚCLEO DE QUITO
BANCOS DE SANGRE

9. RESPONSABLE DE LA TRANSFUSIÓN
FECHA: *04/08/2023* HORA: *6:47*
Muestra N°: 115474
Fecha: 03/08/2023



PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS



Dona sangre

N° 0027207

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 4 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 4 8 2023
PRIORITY DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

NOMBRES Y APELLIDOS: LUCIO PATRICIO CUATUQUAMBA GUALACATA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐
FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1978
EDAD: 45 AÑOS
SEXO: H: ☒ M: ☐
PESO (kg.): ☐
GRUPO ABO/RH: ☐
CÓDIGO CIE 10: C91
CÓDIGO CIE 10: D69.5

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: TROMBOCITOPENIA SECUNDARIA
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 4, CPAF 2.

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR							
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CP	O+	772302496	74	07/08/2023	O +		C ₊ ,c ₊ ,E ₊ ,e ₊ ,k ₊	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 6

Entregado por: Casobu

Fecha y Hora:

AUG 4 '23 18:38

AUG 4 '23 18:38

Recibido por:

Fecha y Hora:

AUG 4 '23 18:38

Desechado por:

Fecha y Hora:

DNENTES TRANSFUNDIDOS: 7, DONACIONES DE REPOSICION: 0
SOLCA NÚCLEO DE QUITO

ENVIADO POR: DIEGO QUINTANILLA

FECHA: 04/08/2023

HORA: 7:46

FIRMA:

TRANSPORTADO POR: Fernando Casobu

FECHA: 04/08/2023

HORA: 8:24

FIRMA:

RECIBIDO POR: Michelle Casobu

FECHA: 04/08/2023

HORA: 8:27

FIRMA:

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Casobu
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
C.I.: 010606965

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Casobu
ENFERMERA
C.I.: 1774222037

[illegible]

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL			
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	POSTRANSFUSIONAL:	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:	

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSION	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISENEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>						

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO				
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI	NO				
¿PROMISO INMUNOLÓGICO	SI	NO				

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGÜÍNEO DEVL	CÓDIGO:
CAUSA:	TEMPERATURA:
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	FIRMA:
RECIBIDO POR:	FIRMA:
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANC	FIRMA:
	FECHA:
	HORA:

RESPONSABLE DEL SMT:	DIEGO QUINTANILLA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
CÓDIGO PROFESIONAL:	0502408321	CÓDIGO PROFESIONAL:	M101526267
FIRMA Y SELLO	SOLCA NUCLEO DE QUITO Ldo. Diego Quintanilla A. BANCO DE MSP	FIRMA Y SELLO	SOLCA NUCLEO DE QUITO Ldo. Michelle Quintanilla A. ENFERMERA C.I. 11724222037



S LCA
NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Dono
sangre

FECHA DE SOLICITUD: 03 08 2023

HORA: 05 45

SOLICITUD:

Nº 0027811

APELLIDOS Y NOMBRES: CUATUCCAMBA GUAYACATA LUCIO PATI
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [] HISTORIA CLÍNICA: [] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1002800333/304006
NACIONALIDAD: ECUATORIANO FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1978 EDAD: 45 SEXO: M: ☒ F: ☐ PESO (Kg): 75
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA MITOBLASTICA AGUDA CÓDIGO CIE 10: C91
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: AUMENTO EN ENTEROPATIA NEOPLÁSICA CÓDIGO CIE 10: D630

AFILIADO A: CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE: CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐
SEGURO ISSFA: ☐ JUBILADO: ☐ NO APORTA: ☐ SEGURO PRIVADO: ☒ SEGURO INDIRECTO: ☐ SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO CAMPESIÑO: ☐
EMERGENCIA (5min): ☐ URGENCIA (15min): ☐ RUTINA (45min): ☒ ALISTAR: ☐ FECHA: ☐ HORA: ☐

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☐ NO ☒
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < 2 MESES ☒ 3-5 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ > 12 MESES ☐
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HEMATOCRITO: 23 PLACUETAS: 18 TP: 18 GRUPO ABORRH: ☐

OTROS:	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLACUETAS	CP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSLP			CONCENTRADO DE PLACUETAS POR AFERESIS	CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	2	DOS	PLASMA FRESCO CONGELADO	PRC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSLP			PLASMA REFRIGERADO	PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO:		

Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

RESPONSABLE: Lic. Doménica Guerra
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
RESPONSABLE: ☒ RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD
FECHA: 03-08-2023 HORA: 05:46
FECHA: 03-08-2023 HORA: ☐

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA. ES SU RESPONSABILIDAD
Muestra N°: 115474
Fecha: 03/08/2023

COLCA
NÚCLEO DE QUITA
BANCO DE GANDRE

No. ORDEN: 71183,71184

FECHA PEDIDO 03/05/2023

CUATUCCUAMBA GUALACATA LUCIO PATRICIO

02/08/1978

EDAD: 45 años, 0 meses, 20 días

GENERO: MASCULINO

GRUPO SANGUÍNEO:

C +

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

CUSTOMABLE

GRUPO SANGUÍNEO:

POSITIVO Du

COOMBS DIRECTO:

NEGATIVE

SUBGRUPO:

COOMBS:INDIRECTO

NEGRAL

FENOTIPO:

C+,E+,C+,E+,K-

ANILCUEPROS IDENTIFICABOZ:

NO. MUSTRAS:

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS

JENNIFER CUASPO

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:**

Responsible

Revisado por

Servicio de Medicina Transfusional

Líder del Banco de Sangre

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4. SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATERETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)		TEMPERATURA C°		FRECUENCIA CARDÍACA (bat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSION	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DEPUES	ANTES	DURANTE	DEPUES	ANTES	DURANTE	DEPUES	ANTES	DURANTE				DEPUES	SI (poner a la sección 2)
08h30	772302493	ca central	3 Fr.	105/50	110/50	37.1°C	37.1°C	105	100	105	24	24	24	09h00	30 min.	433 ml.		α
15h15	772302290	IV	1/20	109/63	98/65	36.6°C	36.6°C	78	82	85	26	25	24	16h15	1 hora.	291		Y
16h15	772302295	IV	1/20	98/65	97/67	36.6°C	36.6°C	85	81	81	24	25	23	17h15	1 hora	242		✓

2.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	CIANOSIS	DISNEA	OTRO (ESPECIFICAR)	TAQUICARDIA	URTICARIA	VÓMITO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	NTECEDENTES QUIRÚRGICOS	IPROMISO INMUNOLÓGICO	N° DE GESTACIONES	N° DE PARTOS	N° DE ABORTOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEV	CAUSA:	DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON)	RECIBIDO POR:	RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN

RESPONSABLE DEL SMT:	CÓDIGO PROFESIONAL:	FIRMA Y SELLO	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSION:	CÓDIGO PROFESIONAL:	FIRMA Y SELLO	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSION:	CÓDIGO PROFESIONAL:	FIRMA Y SELLO
JENNYFER CUASPUJ	0401449665		1. Yopa Fructo 1ed	1003141376		Lado. M. P. y. Cuaspuj	172563949	



HOSPITAL SOLCA QUITO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

HOJA DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD.

NÚCLEO DE QUITO

0988000637 Wilfrido
(sobrino)

099628042 (Emm9 Araque)
apasa


USUARIO	CUATUCUAMBA GUALACATA LUCIO PATRICIO	
HCL:	304006	FECHA INGRESO A UCI 3/8/2023
DIAGNÓSTICO INGRESO	CHOQUE SEPTICO DESCARTAR FOCO GASTROINTESTINAL	

NEUTROPENIA FEBRIL PROFUNDA

PROBLEMA (S) PRINCIPAL(ES) QUE CONDICIONÓ SU INGRESO A UCI			
FECHA	PROBLEMA (S)	MEDICO QUE ENTREGA INFORMACIÓN	FAMILIAR QUE RECIBE INFORMACIÓN
3/8/2023	CHOQUE SEPTICO FOCO GASTROINTESTINAL	DRA LETICIA CHALACO	(E. Araque)
	NEUTROPENIA FEBRIL PROFUNDA		

EVOLUCION DE PROBLEMAS PRINCIPALES Y DERIVADOS DE SU PATOLOGIA PRINCIPAL				
FECHA	PROBLEMA (S)	EVOLUCION	MEDICO QUE ENTREGA INFORMACIÓN	FAMILIAR QUE RECIBE INFORMACIÓN
4/8/23	(Neque septico)	estable	Dr. Uscaya	(E. Araque)
5/8/23	Neutropenia + choque	estable	Dr. Uscaya	(E. Araque)
6/8/23	Neutropenia + choque	estable	Dr. Uscaya	(E. Araque)
7/8/23	Choque septico	estable	Dr. Uscaya	(E. Araque)

FECHA EGRESO	
CONDICION DEL USUARIO AL EGRESO DE UCI	

FECHA DE SOLICITUD:	01/08/2022	HORA:	20	SOLICITUD:	0027184
1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)					
APELLIDOS Y NOMBRES:		Cuthumbra Gualacata Ruiz Pacheco		SALA:	301
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD:		PASAPORTE:		HISTORIA CLÍNICA:	FORMULARIO DE EMERGENCIA:
NACIONALIDAD:		Lebanese		FECHA DE NACIMIENTO:	100806337/304026
DIAGNÓSTICO CIE 10:		Leucemia (infiltración aguda)		EDAD:	45
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:		Transfusión de fundación		SEXO:	M
AFILIADO A:		JUBILADO:		EMERGENCIA (5min.):	
		NO APORTA:		URGENCIA (15min.):	
		SEGURO PRIVADO:		RUTINA (45min.):	
		SEGURO INDIRECTO:		ALISTAR:	
				FECHA:	
				HORA:	
				PRIMERIDAD DE LA SOLICITUD:	
				CÓDIGO CIE 10:	D 67.5
				CÓDIGO CIE 10:	
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES					
TRANSFUSIONES ANTERIORES:		SI		NO	
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR:		4 DE 2 MESES		3-5 MESES	
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:		SI		NO	
HEMOGLOBINA:		8.6		HEMATOCRITO:	
OTROS:		25.1		PLAQUETAS:	
				TP:	
				TTP:	
				GRUPO ABORH	
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES					
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS					
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		NÚMERO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR		CORE		CP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRSLP		CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CGRL		PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS		CGRP		CRO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRPSLP		PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		CGRPL		SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CGR		SANGRE RECONSTITUIDA	
				OTRO:	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO					
Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABORH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes mencionado. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.					
6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO					
NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA		SOLCA NÚCLEO QUITO	
Katherine Paola Palaza Ayala				Dra. Katherine Palaza Ayala	
C.I.		1219563845		MÉDICO RESIDENTE	
FECHA:		08/08/2023		HORA:	
RESPONSABLE:		N/A		RESPONSABLE:	
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA					
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL					
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD					
RESPONSABLE:		S. Remache		Lic Silvia Remache S	
FECHA:		08/08/2023		HORA:	
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD					



No. ORDEN: 71225

DATA RECEBIDA 08/08/2023

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

CEDULA: 1002806337

SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA

C91.0 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

No. MUESTRA:

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS

JENNYFER CUASPOD

[REDACTED]

10

[illegible]

OBSERVACIONES:

Responsable	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Silvia Remache S. BANCO DE CALIGRE
Servicio de Medicina Transfusional	

Revisado por
(Idar de Banco de Sangre