

FECHA DE SOLICITUD: 09 08 2023

HORA: 15 04

SOLICITUD: Nº 0027822

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Torres Gervacio Eliott Nicolay SERVICIO: Emergen SALA: En el jarro CAMA: 5
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 293324 / 1219192332
NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/1995 EDAD: 28 SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 73.0
DIAGNÓSTICO CIE 10: Hebrosia leve pulmon Izquierda de un Oles pulmon CÓDIGO CIE 10: C73.0
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en ferredul hnoordlssu CÓDIGO CIE 10: 063.0

AFILIADO A: ☐ CLINICO: ☒ EMERGENCIA (5min.): ☐
SEGURIDAD ISSA: ☐ QUIRÚRGICO: ☐ URGENCIA (15min.): ☐
SEGURIDAD ISSPOL: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (45min.): ☒
ISS SEGURIDAD GENERAL: ☒ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐
ISS SEGURIDAD VOLUNTARIO: ☐ FECHA: ☐ HORA: ☐
ISS SEGURIDAD CAMPESINO: ☐

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ 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 ☒

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 9.7 HEMATOCRITO: 32 PLAQUETAS: ☐ TP: ☐ TTP: ☐ GRUPO ABO/RH: ☐
OTROS: ☐

COMPONENTE SANGÜÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	CCRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LIENX/PLAQUETARIA	CCRECLP			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CCRL	1	UPO	PLASMA FRESCO CONSERVADO	PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CCRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCO/PLAQUETARIA	CCRPCLP			PLASMA REFRIGERADO	PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CCRPPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CCRI			OTRO:		

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

Yo, Oliver Raul Jara Alvaroz en calidad de médico prescriptor del paciente Oliver Raul Jara Alvaroz 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 SANGÜÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Oliver Raul Jara Alvaroz FIRMA: [Firma] SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO
C.C.: 0603335159

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA

FECHA: 09-08-2023 HORA: 15:10 RESPONSABLE: Lcda. Andrea Estupis
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL REG. 1015-2016-174511

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 09/08/2023 HORA: 15:12 RESPONSABLE: [Firma]

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD

