SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

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

Donación sangre

FECHA: 01 08 2023 HORA: 17 20 SOLICITUD: Nº 0027204

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Abdado Olmeanzo Jesus Miguel SERVICIO: UCI SALA: General CAMA: 9
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ✓ PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: ✓ FORMULARIO DE EMERGENCIA: Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0400055471 / 28203
NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/1946 EDAD: 77 SEXO: H: ✓ M: PESO (Kg): 57 Kg
DIAGNÓSTICO CIE 10: Anemia Aguda por perdidas CÓDIGO CIE 10: C83.0
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia CÓDIGO CIE 10: D63

AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE	PRIORIDAD DE LA SOLICITUD
SEGURO ISSFA:	JUBILADO:	CLÍNICO: ✓	EMERGENCIA (5min.):
SEGURO ISSPOL:	NO APORTA:	QUIRÚRGICO:	URGENCIA (15min.):
IESS SEGURO GENERAL: ✓	SEGURO PRIVADO:	NEONATOLÓGICO:	RUTINA (45min.): ✓
IESS SEGURO VOLUNTARIO:	SEGURO INDIRECTO:	GINECO-OBSTÉTRICO:	ALISTAR:
IESS SEGURO CAMPESINO:			FECHA: [redacted] HORA: [redacted]

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: 2.1 HEMATOCRITO: 21.6 PLAQUETAS: 77000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH:
OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	2	dos	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO:			

AUG 1 '23 19:36

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS 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 ABO/RH con el fin de mejorar la condición de salud del paciente antes descrita. Además solicito se completen las pruebas de compatibilidad sanguínea correspondientes y me sean entregados los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

AUG 1 '23 17:53

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mario Argotti FIRMA: SELLO: SOLCA Núcleo de Quito Dr. Mario Argotti
C.I.: 1801946514

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 01/08/2023 HORA: 17:20 RESPONSABLE:

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 01/08/2023 HORA: 17:57 RESPONSABLE: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcda. Diana Cevallos BANCO DE SANGRE

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ABASOLO CHICANGO, JESUS MIGUEL
Servicio: 06 HS. TERAPIA INTENSIVA Cama: 228203
ORDEN: 71164

Grupo: O+

Muestra Nº: 115482
Fecha: 01/08/2023

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTINUAR EL PROCESO HASTA EL RECEPCIÓN

MSP DNEAIS-FOR-08-3-ICS-08-01-2016

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71164

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | **No. SOLICITUD: 0027204** | **FECHA PEDIDO 01/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE:	ARAGOLO CHIRANGO JESUS MIGUEL			HCLCLINICA:	228203	CEDULA:	
FECHA DE NACIMIENTO:	14/03/1946	EDAD:	77 años, 4 meses, 18 días	SERVICIO:	OB HS. TERAPIA INTENSIVA		
		GENERO:	MASCULINO	DIAGNOSTICO:	C833 LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS DIFUSO		
GRUPO SANGUÍNEO:	**O +**					No. MUESTRA:	115481

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO:	O POSITIVO	Du:	COOMBS DIRECTO:	NEGATIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:			COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	DIEGO QUINTANILLA
FENOTIPO:	C-,E+,c+,e+,K-		ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:		

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772801305	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO	O+	296 mL	Negativo	22/08/023	COMPATIBLE	08/01/2023	08/01/2023	19:08:59
772802298	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO	O+	278 mL	Negativo	22/08/023	COMPATIBLE	08/01/2023	08/01/2023	19:08:58

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcdo. Diego ... BANCO DE SANGRE C.I.: 0502408321	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Muñoz ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA Y HEMOSTASIA
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 01/08/2023 - 19:11

PROGRAMA NACIONAL SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Dona sangre

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

N° 0027204

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 1 | 8 | 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 1 | 8 | 2023 HORA: 19 | 8
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: JESUS MIGUEL ABASOLO CHICANGO SERVICIO: DR HS. TERAPIA INTENSIVA SALA: HS. TERAPIA INTENS CAMA: 9
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 228203
FECHA DE NACIMIENTO: 14/03/1946 EDAD: 77 Años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg.): GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS DIFUSO CÓDIGO CIE 10: C83.0
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC CÓDIGO CIE 10: D63
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRSDLP 1,CGRL 8,CPAF 1,PCP 2,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
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	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	O+	772302305	296	22/08/2023	O +		[illegible]	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	
		CGRL	O+	772302298	276	22/08/2023							

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2

Entregado por: Angélica Cruz Fecha y Hora: AUG 2 '23 4:56

Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO BANCO DE SANGRE INSP: 0502408321 Fecha y Hora: AUG 2 '23 4:56

Desechado por: Fecha y Hora: AUG 2 '23 4:56

NENTES TRANSFUNDIDOS: 14, DONACIONES DE REPOSICION: 2

ENVIADO POR:	DIEGO QUINTANILLA	FECHA:	01/08/2023	HORA:	19:08	FIRMA:
TRANSPORTADO POR:	Angélica Cruz	FECHA:	01/08/2023	HORA:	19:36	FIRMA:
RECIBIDO POR:	[illegible]	FECHA:	01/08/2023	HORA:	19:40	FIRMA:

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO [illegible]

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JESUS MIGUEL ABASOLO CHICANGO
Historia Clínica: 228203 Unidad: 772302298
Hemocomponente: CGRL
Grupo y Factor: O+ Grupo:O+
Muestra: 115462 ORDEN: 71164
Servicio: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA
Compatibilidad: #HCmSMT
Fecha compatibilidad: 01/08/2023 - 19:08
Enviado por: DIEGO QUINTANILLA
Fecha Envío: 01/08/2023 - 19:08
COMPATIBLE

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JESUS MIGUEL ABASOLO CHICANGO
Historia Clínica: 228203 Unidad: 772302305
Hemocomponente: CGRL
Grupo y Factor: O+ Grupo:O+
Muestra: 115462 ORDEN: 71164
Servicio: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA
Compatibilidad: #HCmSMT
Fecha compatibilidad: 01/08/2023 - 19:08
Enviado por: DIEGO QUINTANILLA
Fecha Envío: 01/08/2023 - 19:08

Lcda. Jessenia Rivera
ENFERMERA
Reg. 1010-14-1111791

[illegible] PROCEDIMIENTO QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Nº CATÉTER UTILIZADO	TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN	VOLUMEN ADMINISTRADO (ml)	REACCIÓN ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pasar a la sección 3)	NO (pasar a la sección 4)
19:50	7723022[illegible]	IV	18	114/50	108/61	109/66	36,5C	36,4	36,3	63	62	61	18x	26	24x	21h50	2h	256		X
22h00	7723023[illegible]	IIV	CVC 7FR	110/54	111/61	114/63	36,3	36,3	36,7	66	63	64x	27	28	30x	24h00	2h	276		X

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 ☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR ☐	FIEBRE ☐	HIPERTENSIÓN ☐	NÁUSEA ☐	TAQUICARDIA ☐
CIANOSIS ☐	DOLOR LUMBAR ☐	HEMOGLOBINURIA ☐	HIPOTENSIÓN ☐	SHOCK ☐	URTICARIA ☐
DISNEA ☐	EDEMA PULMONAR ☐	HEMORRAGIA ☐	ICTERICIA ☐	SEROCONVERSIÓN ☐	VÓMITO ☐
OTRO (ESPECIFICAR) ☐					

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI ☐	NO ☐	Nº DE GESTACIONES: ☐	Nº DE PARTOS: ☐	Nº DE ABORTOS: ☐
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI ☐	NO ☐			
COMPROMISO INMUNOLÓGICO	SI ☐	NO ☐			

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL: _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPOI: _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANI: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
DIEGO QUINTANILLA	Lissette Rivera (en)	Lissette Rivera (en)
CÓDIGO PROFESIONAL: 0502408321	CÓDIGO PROFESIONAL:	CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: Lcdo. Diego Quintanilla	FIRMA Y SELLO: Lcda. Lissette Rivera ENFERMERA Reg. 1010-14-1311751	FIRMA Y SELLO: Lcda. Lissette Rivera ENFERMERA Reg. 1010-14-1311751

MSP-DNAIS-PRE-FORM-27- [illegible]