SOLCA
NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035851
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Dona sangre

FECHA: 29 8 2023 HORA: 11 00 SOLICITUD: Nº 0027865

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth SERVICIO: emergencia SALA: observación CAMA: Cubículo 1

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: X PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0550497580 / 269689

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 22/12/2014 EDAD: 10 SEXO: H: M: X PESO (Kg): 28,5 kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia Linfoblástica Aguda CÓDIGO CIE 10: C91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia CÓDIGO CIE 10: C61

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO IESS:		JUBILADO:		CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:	X	QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:		SEGURO PRIVADO:		HEMATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	X
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA: 30/8/2023 HORA:	

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI X NO

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: <DE 2 MESES X 3-4 MESES 5-8 MESES 9-12 MESES >12 MESES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO X

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 11.9 HEMATOCRITO: 34.3 PLAQUETAS: 3000 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	3	tres
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOCITARIA	CGRSCLo			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOCITARIA	CGRPSCLo			PLASMA FERESIPRIVADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS FENOTIPADOS	CGRF			OTRO: TROMBOMUD			

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), solicito que este/ estos componente sea enviado inmediatamente 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.

AUG 29 '23 11:24

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernanda Elizabeth Tolan Martínez FIRMA: SELLO:

C.I.: 1719371103-7

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA

FECHA: 29/08/2023 HORA: 11:17 RESPONSABLE: Lic. Egas T. SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Egas Tapia Rosa Madeleine ENFERMERA

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 29/08/23 HORA: 11:29 RESPONSABLE: E. Miranda SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1004685198

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTINUAR DE LA SALA HASTA EL RESPONSABLE DEL

RESPONSABLE POR BANCO DE SANGRE

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pcf: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio: 03 HS EMERGENCIAS H Clínica: 269689
ORDEN: 71604

Grupo: A+
Muestra Nº: 115602
Fecha: 22/08/2023

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

No. ORDEN: 71504

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA — **No. SOLICITUD: 0027864** — **FECHA PEDIDO 29/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: JIMENEZ QUALPA GAMILA ELIZETH — H.CLINICA: 259605 — CEDULA: 0500497080

FECHA DE NACIMIENTO: 27/07/2014 — EDAD: 9 años, 1 meses, 15 días — SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS

GENERO: FEMENINO — DIAGNOSTICO: C91 LEUCEMIA LINFOIDE

GRUPO SANGUINEO: **A +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES — No. MUESTRA: 115602

GRUPO SANGUINEO: A POSITIVO — Du: — COOMBS DIRECTO: — POSITIVO: — RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

SUBGRUPO: — COOMBS INDIRECTO: — NEGATIVO: — SILVA REMACHE

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 RSERVA	FECHA DE ENVIO	HORA
	CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADAS						29/08/2023		

OBSERVACIONES:

Responsable

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Erika Miranda
BANCO DE SANGRE
C.I.: 1804645198

Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Maricela Zambrano Mabile
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA
C.I. 1706206865

Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 29/08/2023 10:42

Ministerio de Salud Pública

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICODIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 30 | 08 | 2023 HORA: 07 | 00 SOLICITUD: Nº 0028455

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth SERVICIO: Pediatría SALA: B CAMA: 202 B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 269689

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 27/02/2014 EDAD: 10 años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 28,5 kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia Linfoblastica Aguda B común CÓDIGO CIE 10: C 91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia CÓDIGO CIE 10: D 69.6

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

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-6 MESES [ ] 6-9 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 11,9 HEMATOCRITO: 34,3 PLAQUETAS: 3.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: A 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	3 U.	tres
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			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:			

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

AUG 30 '23 9:46

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 sanguíneas correspondientes y se me informen los resultados de los mismos una vez se hayan concluido.

AUG 30 '23 9:46

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Lisett Alexandra Valencia Archeda

C.I.: 1003405717

FIRMA:

SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Lisett Valencia A. MÉDICO PEDIATRA C.I.: 1003405717

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: HORA: RESPONSABLE:

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 30/08/23 HORA: 09:05 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Armaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA • RECUERDE

MSPDNCAE-FOR.08-SICS-06-01-2016

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio: 05 HS PEDIATRIA H. Clínica: 269689
ORDEN: 71821

Grupo: A+

Muestra Nº: I15651
Fecha: 30/08/2023

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

No. ORDEN: 71521

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA — No. SOLICITUD: 0028459 — FECHA PEDIDO 30/08/2023

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: JIMENEZ GUALPA CAMILA ISABELI
H.CLINICA: 269689 CEDULA: 0550497880
FECHA DE NACIMIENTO: 27/02/2014 EDAD: 9 años, 6 meses, 16 días SERVICIO: 03 HS. PEDIATRIA
GENERO: FEMENINO DIAGNOSTICO: C91 LEUCEMIA LINFOIDE
GRUPO SANGUÍNEO: **A +**

No. MUESTRA: 115651

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

GRUPO SANGUÍNEO: Rh: COOMBS DIRECTO:
SUBGRUPO: COOMBS INDIRECTO:
FENOTIPO: C+E-c+e+K- ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CODIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVIO	HORA
772302716	CONCENTRADO PLAQUETARIO	A+	73 ml.	Negativo	02/09/023			30/08/2023	9:26:59
772302717	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	69 ml.	Negativo	02/09/023			30/08/2023	9:26:59
772302718	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	69 ml.	Negativo	02/09/023			30/08/2023	9:26:59

OBSERVACIONES:

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Sandra Armaza R.
BANCO DE SANGRE
C.I.: 0401723969

Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Maria [illegible]
Especialista [illegible]
C.I.: [illegible]

Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 30/08/2023 9:27

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Dona sangre

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

N° 0028455

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 30 | 8 | 2023

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 30 | 8 | 2023 HORA: 09 | 26

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: CAMILA JULIETH JIMENEZ GUALPA SERVICIO: 05 HS. PEDIATRIA SALA: 05 HS. PEDIATRIA CAMA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 0550497580

FECHA DE NACIMIENTO: 27/02/2014 EDAD: 9 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 28 GRUPO ABO/RH: A +

DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFOIDE CÓDIGO CIE 10: C91

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: PURPURA Y OTRAS AFECCIONES HEMORRAGICAS CÓDIGO CIE 10: D69

TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 3,CPAF 3,ACPA 1,CPAI 1,CPAI 2,PCP 5,PFC 4,CGRI 2,CP 6,PCPI 3,CGRPI 2,

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
		PCPI	O+	498	210	02/09/2023	A +		C+,E-,c+,e+,K-,				

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: Fecha y Hora: AUG 30 '23 11:15

Recibido por: Fecha y Hora: AUG 30 '23 11:15

Desechado por: Fecha y Hora: AUG 30 '23 21:54

SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 33, DONACIONES DE REPOSICION: 3

ENVIADO POR:	SANDRA ORMAZA	FECHA:	30/08/2023	HORA:	9:26	FIRMA:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969
TRANSPORTADO POR:	Sergio Guachamin	FECHA:	30/08/2023	HORA:	9:46	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	Iván Gavilan	FECHA:	30/08/23	HORA:	09:50	FIRMA:	

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Mónica Andrade ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA C.I.:

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° 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 TRANSFUNDIDO (cc)	REACCIÓN ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pasar a anexo 2)	NO (continuar en anexo 3)
09:55	000498	IV.	CVC.	96/62	89/60	88/61	36,8	36,6	36,8	100	101	97	23	22	22	10:15	20 min	200		No

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAMILA JULIETH JIMENEZ GUALPA
Historia Clínica: 269689 Unidad: 000498
Grupo y Factor: A+ Hemocomponente: PCP: Grupo:O+
Muestra: 11564 ORDEN 71521
Servicio: 26 HS PEDIATRIA
Compatibilidad:
Fecha compatibilidad:
Enviado por: SANDRA ORMAZA
Fecha Envío: 30/06/2023 - 09:39
NO REALIZADA

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	☐						
INMUNOLÓGICO	SI	☐	NO	☐						

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEL: CÓDIGO:

CAUSA: TEMPERATURA: FECHA: HORA:

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. FIRMA:

RECIBIDO POR: FIRMA:

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA FIRMA:

RESPONSABLE DEL SMT: SANDRA ORMAZA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
CÓDIGO PROFESIONAL: 1312482886	CÓDIGO PROFESIONAL:	CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza P. BANCO DE SANGRE C.I.: 0804773968	FIRMA Y SELLO:	FIRMA Y SELLO:

Ministerio de Salud Pública

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

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

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 29 | 8 | 2023 HORA: 11 00 SOLICITUD: Nº 0027864

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth SERVICIO: emergencia SALA: observación CAMA: cubículo 1

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: X PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0550497380 / 269689

NACIONALIDAD: ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 27/2/2014 EDAD: 10 SEXO: H: M: X PESO (Kg): 28,5 kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: leucemia Linfoblástica Aguda CÓDIGO CIE 10: C91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia CÓDIGO CIE 10: C61

AFILIADO A:			CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:	CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:	X	QUIRÚRGICO:	URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:		SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:	RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:	ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:					FECHA: 29/8/2023	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI: X NO:

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES X 3-5 MESES 6-8 MESES 9-12 MESES >12 MESES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI: NO: X

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 11.9 HEMATOCRITO: 34.3 PLAQUETAS: 3000 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	3	AUG 29 '23 15:12
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCO-PLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO: 1 vial de Dex 5			

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 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.

AUG 29 '23 11:24

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernanda Elizabeth Molina Montero. FIRMA: SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Fernanda Molina MÉDICO PEDIATRA C.I.: 1718711867

C.I.: 1719411037-1

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 29/08/2023 HORA: 11:57 RESPONSABLE: Jacto Egas T SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Egas Tapia Rose Madeleine ENFERMERA C.I.: 1722732587

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 29/08/23 HORA: 11:25 RESPONSABLE: E. Miranda SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS. ES SU RESPONSABILIDAD

MSP-DNEAIS-FOR-08-31CS-08-01-2016

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio: 03 HS EMERGENCIAS H Clínica: 269689
ORDEN 71604

Grupo: A+

Muestra Nº: I15602
Fecha: 22/08/2023

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71505

No. SOLICITUD: 0027865 FECHA PEDIDO: 29/08/2023

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: JIMENEZ GUALPA CAMILA JULIETH
FECHA DE NACIMIENTO: 27/02/2014
EDAD: 9 años, 6 meses, 15 días
GENERO: FEMENINO
H.CLINICA: 269689
SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS
DIAGNOSTICO: C91.0 LEUCEMIA LINFOIDE
CEDULA: 0550497580
GRUPO SANGUÍNEO: A +
No. MUESTRA: 135602

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

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

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302707	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	71 mL	Negativo	02/09/023			29/08/2023	15:03:59
772302708	CONCENTRADO PLAQUETARIO	A+	71 mL	Negativo	30/08/023			29/08/2023	15:03:59
772302710	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	63 mL	Negativo	30/08/023			29/08/2023	15:03:59

OBSERVACIONES:

Responsable

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Sandra Ortiz P.
BANCO DE SANGRE
C.I.: 0401733262

Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zapata Mirete
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA
C.I.: 0103305665

Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 29/08/2023 15:04