

FECHA DE SOLICITUD: 04 08 2023 HORA: 14 00

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: **Olmedo Raza Cristian Ramiro** SERVICIO: **Oncohematología Clínica** SALA: **302** CAMA: **B**

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: **1312816519 / 248846**

NACIONALIDAD: **Ecuatoriano** FECHA DE NACIMIENTO: **13/12/1973** EDAD: **49 años** SEXO: ☒ M: ☐ F: ☐ PESO (kg): **63 kg**

DIAGNÓSTICO CIE 10: **Tumor maligno secundario del hígado**

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: **Anemia en enfermedad neoplásica**

CÓDIGO CIE 10: **C78.7** CÓDIGO CIE 10: **D63.0**

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFLUJO A:

SEGURO ISSFA:	JUBILADO:	CLÍNICO:
SEGURO ISSPOL:	NO APORTA:	QUIRÚRGICO:
SEGURO GENERAL:	SEGURO PRIVADO:	NEONATOLÓGICO:
SEGURO VOLUNTARIO:	SEGURO INDIRECTO:	ONCO-OBSTÉTRICO:
SEGURO CAMPEÑO:		

EMERGENCIA (5min.): ☐ RUTINA (45min.): ☒ ALLSTAR: ☐ FECHA: ☐ HORA: ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☐ SI ☒ NO ☐

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

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: ☐ SI ☒ NO ☐

HEMOGLOBINA: **9.3** HEMATOCRITO: **29.3** PLACUETAS: **13.30** TP: **36.1** GRUPO ABORH: **AB (+)**

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDÁTRICOS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		
PLASMA FRESCO CONGELADO		
CRIOPRECIPITADO		
PLASMA REFRIGERADO		
SANGRE RECONSTITUIDA		
OTRO:		

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

Yo, **Nicolas Andrés Portillo Rosano**, en calidad de médico prescriptor del paciente **Olmedo Raza Cristian Ramiro**, 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 el fin de mejorar la condición de salud del paciente. 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

FIRMA:  SELLO: 

7. RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

RESPONSABLE: **Dr. Olmedo Raza Cristian Ramiro** ENFERMERA: **Enfermera**

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

RESPONSABLE: **Dr. Olmedo Raza Cristian Ramiro** HORA: **14:52**

FECHA: **04-08-2023** HORA: **14:52**

