

FECHA DE SOLICITUD: 17 08 2023

HORA: 18 00

SOLICITUD: N° 0028422

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: MUÑOZ Enriquez Moigaita Janeline SERVICIO: Cirugía SALA: CAMA: 117A

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 170811708 / 149817

NACIONALIDAD: Ecuatoriana. FECHA DE NACIMIENTO: 30-01-1964 EDAD: 60 SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 60

DIAGNÓSTICO CIE 10: Metastasis Segmento pulmonar - III CODIGO CIE 10: C78

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Shock hipovolémico CODIGO CIE 10: R571

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILIADO A: 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: 18-08-23 HORA: 7:00

IESS SEGURO CAMPESINO: ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

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 ☐

HEMOGLOBINA: 13.2 HEMATOCRITO: 38.4 PLAQUETAS: 380 TP: 10.40 GRUPO ABO/RH: Rh+

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLAQUETAS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	2	dos.	PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			CRIOPRECIPITADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS			OTRO:		

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

Yo, Paula Bustos, 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 17 '23 20:42

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Bustos FIRMA: [Firma] SELLO: Md Paula Bustos V. Médico General

C.I.: 171924592

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 17/08/2023 HORA: 20:00 RESPONSABLE: A. Arcos leuf

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 17.08.2023 HORA: 20:42 RESPONSABLE: [Firma]

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Andrea Arcos
ENFERMERA
C.I.: 0401539242

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: MUÑOZ ENRIQUEZ, MARGARITA JACQUEI
Servicio 02 HS CIRUGIA H. Clínica: 149817
ORDEN: 71373

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

MSP.DNEAIS-FOR.08-31CS-06-01-2016

Muestra N°: 115569
Fecha: 17/08/2023

