

FECHA DE SOLICITUD: 14 08 2023

HORA: 20 00

SOLICITUD: Nº 0028597

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Torres Hidalgo Edgar Danilo SERVICIO: Anestesiología SALA: General CAMA: 119-B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1702921728 / 273453

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 21/09/1975 EDAD: 48 SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 69

DIAGNÓSTICO CIE 10: Tumor Maligno de hígado CÓDIGO CIE 10: C71

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Cirugía Hepatológica CÓDIGO CIE 10: Z40

AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:	<input type="checkbox"/>	CLÍNICO:	<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA (5min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO ISSPOL:	<input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO:	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENCIA (15min.):	<input type="checkbox"/>
IESS SEGURO GENERAL:	<input checked="" type="checkbox"/>	NEONATOLÓGICO:	<input type="checkbox"/>	RUTINA (45min.):	<input checked="" type="checkbox"/>
IESS SEGURO VOLUNTARIO:	<input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTÉTRICO:	<input type="checkbox"/>	ALISTAR:	<input checked="" type="checkbox"/>
IESS SEGURO CAMPESINO:	<input type="checkbox"/>			FECHA:	<u>15/08/2023</u>
				HORA:	<u>14:00</u>

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: 16.6 HEMATOCRITO: 48.7 PLAQUETAS: 133000 TP: 11 TTP: 25.3 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			CONCENTRADO DE PLAQUETAS		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			CRIOPRECIPITADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS			OTRO:		

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.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ma. Belén Mena Albornoz FIRMA: [Firma]

C.I.: 1723254676

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 14-08-2023 HORA: 21:00 RESPONSABLE: A. Medina

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Aurora Y. Medina S.
ENFERMERA

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 14/08/23 HORA: 22:52 RESPONSABLE: [Firma]

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

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

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

Medicina Transfusional SOI CA QUITO
Pct: TORRES HIDALGO, EDGAR DANILO
Servicio 02 HS CIRUGIA H Clínica 273453
ORDEN 71313

Muestra Nº: 115545
Fecha: 14/08/2023

