

FECHA DE SOLICITUD: 21 08 2023

HORA: 13 50

SOLICITUD: N° 0027853

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth SERVICIO: emergencia SALA: pediatria CAMA: 01

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [] HISTORIA CLÍNICA: [] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [] N° DE IDENTIFICACIÓN: 0550497580/269689

NACIONALIDAD: ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 21/02/2014 EDAD: 3 SEXO: H: [] M: [X] PESO (Kg): 29.9 kg

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

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trastorno de coagulación CÓDIGO CIE 10: D61

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: 2.5 HEMATOCRITO: 21.7 PLAQUETAS: 200 000 TP: [] TTP: [] GRUPO ABO/RH: A Rh +

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 AFERESIS		
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: irradiado		

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: Fernanda Elizabeth Palma Rando FIRMA: [Firma] SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Fernanda Molina MEDICO PEDIATRA C.I. 1718711037

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 21/08/2023 HORA: 14h15 RESPONSABLE: [Firma] SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lda. Natalia Diaz T. ENFERMERA CHADADO DIRECTO

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 21/08/2023 HORA: 14h38 RESPONSABLE: [Firma] Lda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLÍNICA C.I. 1719346254

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio 03 HS EMERGENCIAS H Clínica 209599
ORDEN: 71416

Muestra N°: 115593
Fecha: 21/08/2023

FECHA DE SOLICITUD: 22 08 2023

HORA: 08 20

SOLICITUD: Nº 0028439

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth SERVICIO: pediatria SALA: 211 CAMA: 4

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☐ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 269689

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 27/02/2019 EDAD: 2 años SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 29,9 Kg

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

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trasplante de médula CÓDIGO CIE 10: D61

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

SEGURO ISSFA: ☐ JUBILADO: ☐ CLÍNICO: ☒ EMERGENCIA (5min.): ☐

SEGURO ISSPOL: ☐ NO APORTA: ☐ QUIRÚRGICO: ☐ URGENCIA (15min.): ☐

ISS SEGURO GENERAL: ☒ SEGURO PRIVADO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (48min.): ☒

ISS SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO INDIRECTO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐

ISS SEGURO CAMPESINO: ☐ FECHA: HORA:

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 ☒

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

HEMOGLOBINA: 7,5 HEMATOCRITO: 21,7 PLAQUETAS: 2002 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: A (+)

OTROS:

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

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	3	yes
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			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:		

modificadas

Yo, Kevin Roberto Pinto Hernández en calidad de médico prescriptor del paciente Jimenez Gualpa Camila Julieth 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: Kevin Roberto Pinto Hernández FIRMA: [Firma] SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dr. Kevin Pinto MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1718849522

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: HORA: RESPONSABLE:

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 22/08/23 HORA: 09:00 RESPONSABLE: [Firma]

9. DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA: 22/08/23 HORA: 09:00 RESPONSABLE: [Firma]

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pcd: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio: 06 HB PEDIATRIA M Chnca 269689
ORDEN: 71426

grupo: A+

Muestra Nº: 115583
Fecha: 21/08/2023



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



FECHA DE SOLICITUD: 20/08/2023

HORA: 15:20

SOLICITUD: Nº 0028440

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Jimenez Gualpa Camila Julieth
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [] HISTORIA CLÍNICA: [] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0550492580 / 269689
NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/2014 EDAD: 9 años SEXO: H: [] M: [X] PESO (Kg): 30kg
DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblástica Aguda
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Alergia
CÓDIGO CIE 10: C81 J
CÓDIGO CIE 10: D649

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO []
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < 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: 5.5 HEMATOCRITO: 17% PLAQUETAS: [] TP: [] TTP: [] GRUPO ABORR: A+

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 PEDIÁTRICOS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		

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

Yo, [Firma], en calidad de médico prescriptor del paciente [Nombre], 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 sanguíneo (A/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: Gema Mendoza
C.I.: 1310400583
FIRMA: [Firma]
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dr. Gema Mendoza
PEDIATRA
C.I.: 1310400583

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 22/08/2023 HORA: 15:30
RESPONSABLE: Leda Andrea Píllajo ENFERMERA
C.I.: 1310400583

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 22/08/2023 HORA: 15:51
RESPONSABLE: S. Remache
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Sylvia Remache S.
BANCO DE SANGRE

FECHA DE SOLICITUD: 21 08 2023

HORA: 13 50

SOLICITUD: N° 0027852

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (UBUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Simonez Gaspz Carl Julith SERVICIO: emergencia SALA: pediatria CAMA: 01

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 0550497580/269689

NACIONALIDAD: ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 22/02/2014 EDAD: 9 SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 29.94

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

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Tratamiento para CÓDIGO CIE 10: C61

2. CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

AFILIADO A: ☐ SEGURO ISSFA: ☐ JUBILADO: ☐ CLÍNICO: ☒ EMERGENCIA (5min): ☐

SEGURO ISSPOL: ☐ NO APORTA: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ URGENCIA (15min): ☐

NESS SEGURO GENERAL: ☐ SEGURO PRIVADO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (45min): ☒

NESS SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO INDIRECTO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐

NESS SEGURO CAMPESINO: ☐ FECHA: 21/08/2023 HORA: 13:50

3. 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 ☒

4. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 2.5 HEMATOCRITO: 21.2 PLAQUETAS: 2000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: A+13

OTROS:

5. 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			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: <u>madecan</u>		

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

Yo, Fernanda Molina, en calidad de médico prescriptor del paciente Carl Julith Simonez Gaspz, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad autorizo a 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.

7. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernanda Molina FIRMA: [Firma]

C.I.: 171871103-4

SELO SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Fernanda Molina
MÉDICO PEDIATRA
C.I. 1718711037

8. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 21/08/2023 HORA: 14:15 RESPONSABLE: M. Ovaru

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

RECIBIÓ DE LA SOLICITUD: Leda Estefanía Morillo A.

FECHA: 21/08/2023 HORA: 14:26 RESPONSABLE: [Firma]

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Leda Natalia Díaz T.
ENCUENTRO AL CUIDADO DIRECTO

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: JIMENEZ GUALPA, CAMILA JULIETH
Servicio 03 HS EMERGENCIAS H Clínica 269899
ORDEN 71413

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

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

LABORATORISTA CLÍNICA
MSP. 1005-2019-2105038
C.I. 1719346254

Grupo: A+

Muestra N°: 115583
Fecha: 21/08/2023

