

FECHA DE SOLICITUD: 23 08 2023

HORA: 15 30

SOLICITUD: Nº 0027346

APELLIDOS Y NOMBRES: Cisneros Sevilla Bertha Lucila  
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1704784063 / 270160  
NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1950 EDAD: 73 años SEXO: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 57 kg  
DIAGNÓSTICO CIE 10: Infamea No Hodgkin difuso CÓDIGO CIE 10: C83.3  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia Secundaria CÓDIGO CIE 10: D69.5

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)  
SALA: 309 CAMA: 2  
SERVICIO: Hematología  
CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE  
CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐  
NEONATOLÓGICO: ☐  
GINECO-OBSTÉTRICO: ☐  
EMERGENCIA (5min.): ☐  
URGENCIA (15min.): ☐  
RUTINA (45min.): ☐  
ALISTAR: ☐ HORA: ☐  
FECHA: ☐  
PRIORIDAD DE LA SOLICITUD  
EMERGENCIA (5min.): ☐  
URGENCIA (15min.): ☐  
RUTINA (45min.): ☐  
ALISTAR: ☐ HORA: ☐  
FECHA: ☐

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: 9.9 HEMATOCRITO: 29.1 PLAQUETAS: 21.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS  
COMPONENTE SANGÜÍNEO LETRAS NÚMERO LETRAS  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR CGRE  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA CGRSLp  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS CGRL  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS CGRP  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA CGRPSlp  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS CGRPL  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS CGRI  
CONCENTRADO DE PLAQUETAS CP  
PLASMA FRESCO CONGELADO PFC  
CRIOPRECIPITADO CPIO  
PLASMA REFRIGERADO PR  
SANGRE RECONSTITUIDA SR  
OTRO: ☐  
NÚMERO 1 LETRAS (UNO)  
AUG 23 '23 16:55

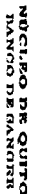
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO  
Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente, quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad, manifiesto que el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado 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 SANGÜÍNEO  
FIRMA SELLO  
NOMBRES Y APELLIDOS: Katherine Paola Pedraza Ayala  
C.I.: 1719863845  
SOLCA, NÚCLEO QUITO  
Dra. Katherine Pedraza  
MÉDICO RESPONSABLE

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA  
RESPONSABLE: ☒ ENFERMERA ☐ QUÍMICA ☐ TECNICO DE QUITO  
FECHA: 23/08/2023 HORA: 16:20  
MÉDICO RESPONSABLE: ☒ ENFERMERA ☐ QUÍMICA ☐ TECNICO DE QUITO  
FECHA: 23/08/2023 HORA: 16:20

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
RESPONSABLE: ☒ ENFERMERA ☐ QUÍMICA ☐ TECNICO DE QUITO  
FECHA: 23/08/2023 HORA: 16:20  
MSP: NÚCLEO DE QUITO  
Muestra N°: 115573  
Fecha: 18/08/2023

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE: ES SU RE  
MSP/DNEAIS-FOR-08-31CS-06-01-2016



**BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO I ITO**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**No. ORDEN: 71443**

## ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

No. SOLICITUD: 0027346

FECHA PEDIDO 23/08/2023

## DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: CISNEROS SEVILLA BERTHA LUCILA

**FECHA DE NACIMIENTO:** 18/05/1950

GRUPO SANGUÍNEO: **A +**

**EDAD:** 73 años, 3 meses, 9 días

**GENERO:** FEMENINO

H. CLINICA:	270960
SERVICIO:	04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
DIAGNOSTICO:	C83.3 LINFOMA NO HODGK

CEDULA: 1704/784063

## RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

**GRUPO SANGUÍNEO:**

**SUBGRUPO:**

**FENOTIPO:**

C+,E+,C+,e+,K-

**COOMBS DIRECTO:**  
**COOMBS INDIRECTO**  
**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

NEGATIVO

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

PATRICIO CUESTA

## DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:**

2465439111110  
WÉDICO RESIDEN  
CITE 11889382

STG

Responsible

**Revisado por**

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Verónica Pujota M.  
BANCO DE SANGRE  
ESP. LIBRO: 6 FOLIO: 5 A No. 14  
Servicio de Medicina Transfusional

**Líder de Banco de Sangre**

**POLCA NUCLEO DE CURT**  
**Dña Marcela Zamora Morales**  
**ESPECIALISTA EN NEUMATOLOGIA**  
**C.I.: 01039082**



MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
 Pct: **BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA**  
 Historia Clínica 270960  
 Grupo y Factor: **A+** Hemocomponente CPAF  
 Grupo: O+  
 Muestra: 116573  
 Servicio: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA  
 COMPATIBILIZADA  
 Fecha compatibiliza: -  
 Enviado por: VERONICA PUJOTA  
 Fecha Envío: 23/08/2023 - 17:26  
**NO REALIZADA**

### 2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS							
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	IGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	FIEBRE	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	HIPO TENSION	<input type="checkbox"/>
DISNEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>

Nº DE GESTACIONES:	Nº DE PARTOS:
--------------------	---------------

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMPROMISO INMUNOLÓGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI

**CAUSA:**  
**DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS.:**  
**RECIBIDO POR:**  
**RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA/**

RESPONSABLE DEL SMT: SALVADOR VERONICA PUJOTA QUINTO  
CÓDIGO PROFESIONAL: LIC. 1721769766-15 M.  
FIRMA Y SELLO: BANCALORE MSP: NEB-06 FOLIO: 5 No. 14

FECHA DE SOLICITUD: 26-08-2023		HORA: 07:10		SOLICITUD: N: 0027330	
1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)					
APELLIDOS Y NOMBRES: Cisneros Sevilla, Bertha Lucila		SERVICIO: Hematología		SALA: 309	
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ]		HISTORIA CLÍNICA: [0]		FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ]	
NACIONALIDAD: Ecuatoriana		FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1950		EDAD: 73	
DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia mielocida Aguda		SEXO: [ ]		PESO (Kg): 57 kg	
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica		CÓDIGO CIE 10: [ ]		CÓDIGO CIE 10: D63.0	
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES					
AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA: [ ] JUBILADO: [ ]		CLÍNICO: [ ]		EMERGENCIA (5min.): [ ]	
SEGURO ISSPOL: [ ] NO APORTA: [ ]		QUIRÚRGICO: [ ]		URGENCIA (15min.): [ ]	
SEGURO GENERAL: [X] SEGURO PRIVADO: [ ]		NEONATOLÓGICO: [ ]		RUTINA (45min.): [ ]	
SEGURO VOLUNTARIO: [ ] SEGURO INDIRECTO: [ ]		GINECO-OBSTÉTRICO: [ ]		ALISTAR: [ ]	
SEGURO CAMPEÑO: [ ]		FECHA: [ ]		HORA: [ ]	
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES					
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]		3-5 MESES [ ]		6-8 MESES [ ]	
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: [ ]		< DE 2 MESES [X]		9-12 MESES [ ]	
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]		3-5 MESES [ ]		>12 MESES [ ]	
HEMOGLOBINA: 6.9		HEMATOCRITO: 21.1		PLAQUETAS: 30.000	
OTROS: [ ]		TP: [ ]		TTP: [ ]	
GRUPO ABO/RH: [ ]		LETRAS: [ ]		LETRAS: [ ]	
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS					
COMPONENTE SANGÜÍNEO		LETRAS		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR		CGRE		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRSCLP		CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CGRL		PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS		CGRP		CRIO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRPSCLP		PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS		CGRPL		SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CGRI		OTRO: [ ]	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS 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 SANGÜÍNEO					
NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA		SOLCA - NÚCLEO DE QUITO	
Katherine Paola Pedraza Ayala		[Firma]		Dr. Katherine Pedraza	
C.I.: 179863845		7. RESPONSABLE DE LA TRANSFUSIÓN		MÉDICO RESIDENTE	
FECHA: 26-08-2023		HORA: 07:35		C.I.: 1719863845	
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD					
RESPONSABLE: [ ]		RESPONSABLE: [ ]		Pct: CISNEROS SEVILLA, BERTHA LUCILA	
HORA: 04:56		HORA: 04:56		Servicio de HS ONCOLOGIA CLINICA: 270960	
FECHA: 26/08/23		FECHA: 26/08/23		ORDEN: 71470	
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS		ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS		Grupo: A+	





APPROVED FOR RELEASE



Ministerio  
de Salud Pública

**PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE  
SOLCA NÚCLEO QUITO**

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

## 1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

**USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:	26	8	2023	HORA:	09	31
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS:	26	8	2023		EMERGENCIA 5 min:	
PRIORIDAD DE DESPACHO:	ALISTAR:		RUTINA 45 min:	X	URGENCIA 15 min:	

### 1.1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS:		BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA		SERVICIO:		04 HS. ONCOLOGIA CLINICA		SALA:		15. ONCOLOGIA CLIN		CANAL:		309 Z	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		CÉDULA DE IDENTIDAD:		<input checked="" type="checkbox"/>		PASAPORTE:		<input type="checkbox"/>		HISTORIA CLÍNICA:		FORMUARIO DE EMERGENCIA:		<input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:		18/05/1950		EDAD:		73 Años		SEXO:		H:		<input type="checkbox"/>		M:	
														X	
GRUPO ABO/RH:		A +		PESO (kg.):				CÓDIGO CIE 10:		C92		CÓDIGO CIE 10:		D63	
DIAGNÓSTICO CIE 10:		LEUCEMIA MIELOIDE		MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:		ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC		REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:		SI		NO		X	
TRANSFUSIONES ANTERIORES:		X		NO		X		NO		X		NO		X	

**HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 3,CPAF 2,PCP 1,**

## 1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

[illegible]

**TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS:** 2

Entregado por:

Kevin Chengdu

**Fecha v Hora:**

AUG 26 '23 18:30

**SOLCA NUCLEO DE QUITO**  
**Polis Erika Miranda**

AUG 26 '23 18:30

**Recibido por:**

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

**Fecha v Hora:**

ANCO DE SANGRE  
C.I.: 1804645198

AUG 26 '23 18:30

**CONENTES TRANSFUNDIDOS: 8. DONACIONES DE REPOSICION: 0**

ENVIADO POR: ERIKA MIRANDA

TRANSPORTADO POR: Jeffery A. Sosa

RECIBIDO POR: Natalia Guano

Revisado por: ALICIA NÚÑEZ DE GUANO  
a. Marcela Záratea Nájera  
Especialista en Neumología

-MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pct: BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA  
Historia Clínica 270980  
Unidad 777302404  
Grupo y Factor: Hemocomponente+ CGRI.  
A+ Grupo: A+

Muestra: H5626  
Servicio: 04 HS ONCOLOGIA

Compatibiliza: ORDEN 71470  
Fecha compatibiliza: ERIKA MIRANDA  
26/08/2023 - 09:31  
Enviado por: ERIKA MIRANDA  
26/08/2023 - 09:31  
Fecha Envío: 26/08/2023 - 09:31

Revisado por:

UNICA NUCLEO DE GUNTO  
a. Marcela Zamora Matute  
SPECIALISTA EN HEMATOLOGIA  
11-01-3986685

**A+**  
 Historia Clínica 270960  
 Grupo y Factor  
 Hemocomponente: CGRI.  
 Unidad 772302404  
 Grupo: A+

ORDEN 71470

CLINICA  
MIRANDA

2023 - 09 31

DA

COMPATIBILI E

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
10:00	77232404	Vío I.V	22	95/60	98/69	90/60	36.58	36	36.8	77	83	77	18	18	19	12:00	216		X	
15:15	77232418	Vío I.V.	22	99/57	94/63	90/59	36.38	36.8	36	80	85	87	18	18	18	17:15	252		X	
<p>MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO</p> <p>Pt: <b>BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA</b></p> <p>Historia Clínica: 270960      Unidad: 772302418</p> <p>Grupo y Factor: <b>A+</b>      Hemocomponente: CGRL      Grupo: <b>A+</b></p> <p>Muestra: 116626      Servicio: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA      ORDEN: 71470</p> <p>Compatibiliza: <b>ERIKA MIRANDA</b></p> <p>Fecha compatibilidad: 26/08/2023 - 09:31</p> <p>Enviado por: <b>ERIKA MIRANDA</b></p> <p>Fecha Envío: 26/08/2023 - 09:31</p> <p><b>COMPATIBLE</b></p>																				

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)	
2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL	
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	<div> <div></div> <div>POSTRANSFUSIONAL:</div> </div> <div> <div></div> <div>HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:</div> </div>

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANAFILAXIA		OAGULACIÓN INTRAVASCULAR	FIEBRE	HIPERTENSIÓN	NÁUSEA	TAQUICARDIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS		DOLOR LUMBAR	HEMOGLOBINURIA	HIPOTENSION	SHOCK	URTICARIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISENEA		EDEMA PULMONAR	HEMORRAGIA	ICTERICIA	SEROCONVERSIÓN	VÓMITO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
OTRO (ESPECIFICAR)						

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE				
	Nº DE GESTACIONES:	Nº DE PARTOS:	Nº DE ABORTOS:	
NTCEDENTES OBSTÉTRICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NTCEDENTES QUIRÚRGICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿PROMISO INMUNOLÓGICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL			
COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL	_____	CÓDIGO:	_____
CAUSA:	_____	TEMPERATURA:	_____
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	_____	FIRMA:	_____
RECIBIDO POR:	_____	FIRMA:	_____
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI	_____	FIRMA:	_____
		FECHA:	_____
		HORA:	_____

RESPONSABLE DEL SMT: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO	ERIKA MIRANDA SOLICITUD DE CREDITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: LIC. MARIANELA GUAMANI V. CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO	LIC. MARIANELA GUAMANI V. ENFERMERA H. Guani / est Registro: 1040-2021-2356389	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO	Registro: 1040-2021-2356389
--	--	--	--	--	-----------------------------





SISTEMA NACIONAL DE SANGRE  
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951  
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS



Donor  
sangre

Nº 0027367

SOLICITUD:

HORA: 10 30

29 08 2023

FECHA DE SOLICITUD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Cisneros Sevilla Bertha Lucila SERVICIO: Hematología SALA: 309 CAMA: 7  
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1704789063 - 270960  
NACIONALIDAD: ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 18-05-1950 EDAD: 73 SEXO: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 55  
DIAGNÓSTICO CIE 10: linfoma de células grandes B CÓDIGO CIE 10: C833  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia no especificado CÓDIGO CIE 10: 0696

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD

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: ☐ FECHA: ☐ HORA: ☐  
IESS SEGURO CAMPESINO: ☐

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐ 3-5 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ >12 MESES ☐  
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: 8.8 HEMATOCRITO: 27.7 PLAQUETAS: 16.000 TTP: ☐ TP: ☐ GRUPO ABO/RH: ☐

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGÜÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR		CGRE		CONCENTRADO DE PLAQUETAS		CP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRSLP		CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO		PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS		CGRP		CRIOPRECIPITADO		CRIOP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRPSLP		PLASMA REFRIGERADO		PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		CGRPL		SANGRE RECONSTITUIDA		SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CGRI		OTRO:			

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

Yo, ..... en calidad de médico prescriptor del paciente ..... quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad manifiesto que el 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 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 SANGÜÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sulay - Batallas SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
C.I.: 1722126321 1722126321 FIRMADO: Dra. Sulay Batallas MEDICO RESIDENTE  
C.I.: 1722126321

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA

RESPONSABLE: NA PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pct: CISNEROS SEVILLA, BERTHA LUCILA  
Servicio 04 HS ONCOLOGIA CLINICA: 270960  
ORDEN 71511  
BANCO DE SANGRE  
C.I.: 1804643198

FECHA: 29/08/23 HORA: 14:32 RESPONSABLE: 14:32

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

MSPDNEAS-FOR-08-31CS-06-01-2016

Muestra No. 115626  
Fecha: 26/08/2023

Grupo: A+



No. ORDEN: 71511

FECHA PEDIDO 29/08/2023

**A+**

**GENERO:** FEMENINO

H. CLINICA:	270960
SERVICIO:	04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
DIAGNOSTICO:	C83 LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO

270960 CEDULA: 1/04/84065

## RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

**GRUPO SANGUÍNEO:** A POSITIVO Du

SUBGRUPO:

C+,E+,C+,e+,K-

COOMBS DIRECTO:  
COOMBS INDIRECTO  
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS

POSITIVO

NEGATIVO

NO. MUESTRA: 115

**ERIKA MIRANDA**

### DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:**

SAICA NUCLEO DE OBTI

LIC: SANGRE

BAUC 0401733905  
C.I.: 0401733905

SECRET

Revisado por

**SOLCA NUCLEO DE**

Dra. Malena  
Especialista en Neuropsiquiatría  
011 4386 6345

**Servicio de Medicina Transfusional**

**Líder de Rancho de Sangre**



#### 1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

## 2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

## 2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

## 2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

## 2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

### 2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

### 2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

### 3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

### 3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

**RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:****RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:**

C.I.: 23002145

C.I.: 23002145

COICANUCLEO DE GOTT

COICANUCLEO DE GOTT

SULPHUR RIVER

SULPHUR RIVER

LIC. ENFERMERA

LIC. ENFERMERA

FIN 2300214541

FIN 2300214541

FECHA DE SOLICITUD: 27 08 2023

HORA: 10 30

SOLICITUD: Nº 0027362

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: CISNEROS SEVILLA BERTHA LUCILA SALA: 309 CAMA: Z

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMULARIO DE EMERGENCIA: 1704784063 / 270960

NACIONALIDAD: ECUATORIANA FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1950 EDAD: 73 SEXO: M: [ ] F: [X] PESO (kg): 56 kg.

DIAGNÓSTICO CIE 10: LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANULOSAS B VARIANTE ANAPLASIA

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia no espontánea

CÓDIGO CIE 10: C03.3 CÓDIGO CIE 10: D69.6

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILIADO A: [ ] CLÍNICO: [X] QUIRÚRGICO: [ ] EMERGENCIA (5min.): [ ]

SEGURO ISSFA: [ ] NO APORTA: [ ] URGENCIA (15min.): [X] RUTINA (45min.): [ ]

SEGURO GENERAL: [X] SEGURO PRIVADO: [ ] ALISTAR: [ ]

SEGURO VOLUNTARIO: [ ] SEGURO INDIRECTO: [ ] GINECO-OBSTÉTRICO: [ ]

SEGURO CAMPEÑO: [ ]

FECHA: [ ] HORA: [ ]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

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

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

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

HEMOGLOBINA: 9.7 HEMATOCRITO: 23.7 PLAQUETAS: 18.000 TTP: [ ]

OTROS: [ ]

GRUPO ABO/RH: [ ]

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		
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 LEUCORREDUCIDOS			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS			OTRO:		

Yo, [ ] en calidad de médico prescriptor del paciente [ ] quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad, manifiesto que 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: Dr. José Andrés Cordero Quinga

FIRMA: [Firma]

C.I.: 1313399089

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

RESPONSABLE: [ ]

HORA: [ ]

8. RECEPTOR DE LA SOLICITUD

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

RESPONSABLE: [ ]

HORA: 11:14

FECHA: 27/08/2023

ESTE FORMULARIO LLEVADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MSP/DNEANS-FOR-08-31CS-06-01-2016

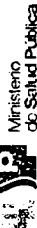




SISTEMA NACIONAL DE SANGRE  
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

SOLCA NÚCLEO QUITO

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



Ministerio de Salud Pública



Dona sangre

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027362

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 27/08/2023 HORA: 11:19  
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 27/08/2023 HORA: 12:36  
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: ☒ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGÍA CLÍNICA SALA: 45. ONCOLOGÍA CLÍNICA CAMA: 309 Z  
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1704784063  
FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1950 EDAD: 73 años SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (kg.): 56 GRUPO ABO/RH: A+  
DIAGNÓSTICO CIE 10: LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES DIFUSO CÓDIGO CIE 10: C83.3  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA CÓDIGO CIE 10: D69.6  
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 5, CPAF 2, PCP 1,

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
		CPAF - 80	B+	772302711	235	30/08/2023	A +		C <sub>+</sub> , c <sub>+</sub> , E <sub>+</sub> , e <sub>+</sub> , K <sub>+</sub>	POSITIVO
										COMPATIBLE,
										NEGATIVO

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
BRIGADA DE SANGRE  
CL. 112335013

Fecha y Hora: AUG 27 '23 13:33

Recibido por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Fecha y Hora: AUG 27 '23 13:33

Desechado por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Fecha y Hora: AUG 27 '23 13:33

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 9, DONACIONES DE REPOSICIÓN: 0

Leda Estefanía Morillo A.

LABORATORISTA CLÍNICA

ENVIADO POR: ESTEFANIA MORILLO FECHA: 27/08/2023 HORA: 11:19 FIRMA: MSP 1005-2019-2103038

TRANSPORTADO POR: Caro Calderon FECHA: 27/08/2023 HORA: 12:36 FIRMA: C.I. 1719346254

RECIBIDO POR: Leda Estefanía Morillo A. FECHA: 27-08-2023 HORA: 13:40 FIRMA: SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Dra. Marcela Zúñiga Morillo  
ESPECIALISTA EN TRANSFUSIÓN  
C.I.: 0103802804

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOL CA QUITO  
Pct: **BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA**  
Historia Clínica 270960  
Grupo y Factor: **A+**      Grupo: **B+**  
Hemocomponente: CPAP  
Muestra: 15626  
Servicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA 71475  
Compatibiliza: **ORDEN**  
Fecha compatible: **NO REALIZADA**  
Enviado por: ESTEFANIA MORILLO  
Fecha Envío: 27/08/2023 - 11:19

### 2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

### 2.2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

NO. OF CECTACIONES:	NO. DE PACTOS:

**Nº DE GESTACIONES:**

**အကျဉ်းချုပ်:**

**CÓDIGO:**

---

• **Νύκτα.**



FECHA DE SOLICITUD: 25 08 2023 HORA: 13:30 SOLICITUD: Nº 0027354

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Cisneros Sevilla Bertha Lucila SALA: 309 CAMA: 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1704784063 / 270960

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1930 EDAD: 73 SEXO: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 58

DIAGNÓSTICO CIE 10: Linfoma difuso de células grandes B CÓDIGO CIE 10: C83.3

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Transfusión de plaquetas no especificada CÓDIGO CIE 10: D69.6

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILIADO A: ☒ CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐

EMERGENCIA (5min.): ☐ URGENCIA (15min.): ☐ RUTINA (45min.): ☒ ALISTAR: ☐ FECHA: ☐ HORA: ☐

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD: ☐ >12 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 3-5 MESES ☐ < 2 MESES ☒

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐

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

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HEMOGLOBINA: 8.6 HEMATOCRITO: 26.7 PLAQUETAS: 17.000 TP: ☐ TTP: ☐ GRUPO ABOIRH: ☐

OTROS: ☐


4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜINEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGÜINEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜINEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLAQUETAS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	1	U19
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			CRIOPRECIPITADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			OTRO:		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS					

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.

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

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜINEO

FIRMA:  SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Dra. Stephanny Toral MEDICO RESIDENTE  
C.I.: 091770136 SELLO: AUG 25 '23 13:26

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜINEA

NOMBRE Y APELLIDOS: Stephanny Terán Cevallos HORA: 13:26

FECHA: 25/08/23

RESPONSABLE: ☐ RESPONSABLE: ☐

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Karina Liango T.  
BANCO DE SANGRE  
BANCO: 1724350143

**BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

ВНИМАНИЕ! ВНИМАНИЕ!

No. ORDEN: 71462

71462

# ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA


**No. SOLICITUD: 0027354**

**FECHA PEDIDO 25/08/2023**

## DATOS DEL PACIENTE

**PACIENTE:** CISNEROS SEVILLA BERTHA LUCILA

FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1950

**GRUPO SANGUÍNEO:** 

## RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO: A POSITIVO Du:

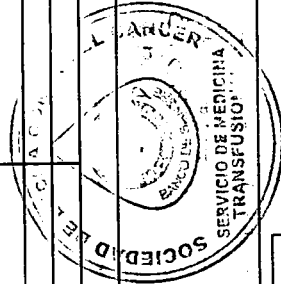
**SUBGRUPO:** 1

**FENOTIPO:** C+,E+,c+,e+,K-


### DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]

**OBSERVACIONES:**



	Responsible	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>SOLCA SACILEO DE QUITO</b>  <b>Lic. Karina Llorco T.</b>  <b>BANCO DE SANGRE</b>  <b>C.I.I. 1724380143</b></p>	Servicio de <b>W</b> a Transfusional
--	-------------	--	--------------------------------------

Revisado por: 

SOLCA NUCLEO DE DUTTA  
Dra. Mirtza Zamora Smith  
EXEQUAUTA EN HUELGA  
C.I.: 0103901465

der de Banco de Sangre



### PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS



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

N° 0027354

**Ministerio de Salud**

## 1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

**USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2023"/>
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS:	<input type="text" value="25"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2023"/>
PRIORIDAD DE DESPACHO:	<input type="text"/>	RUTINA 45 min:	<input checked="" type="checkbox"/> X URGENCIA 15 min:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
HORA:	<input type="text" value="13"/>	<input type="text" value="40"/>	EMERGENCIA 5 min:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS:		BÉRTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA		SERVICIO:	04 HS. ONCOLOGIA CLINICA		SALA:	-5. ONCOLOGIA CLIN		CAMA:	Z			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE IDENTIDAD:		<input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE:	<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA:		<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DE EMERGENCIA:			<input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:		18/05/1950		EDAD:	73 Años		SEXO:	H: <input type="checkbox"/>	M: <input checked="" type="checkbox"/>	PESO (Kg.):	58		GRUPO ABO/RH:	<input type="text" value="A +"/>
DIAGNÓSTICO CIE 10:		LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES DIFUSO												
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:		TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA												
TRANSFUSIONES ANTERIORES:		<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/>		REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO CIE 10:			C83.3	
										CÓDIGO CIE 10:			D69.6	
HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRI 3,CPAF 1,PCP 1,														

## 1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

[illegible]

**HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 6, DONACIONES DE REPOSICION: 0**

**SAIC SUICIDIO DE OUITO**

ENVIADO POR:	FECHA:	HORA:	FIRMA:
KARINA LLONGO	25/08/2023	13:40	Lic. Karina Llongo T. BANCO DE SANGRE CUI: 124350143
Y Vexónica Bravo	25/08/2023	15:18	FIRMA: <i>[Signature]</i>
Katherine Abil	25   08 / 2023	15:20	FIRMA: <i>[Signature]</i>

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dra. Marcela Zamora Maridue  
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA  
C.I.: 010390665

SOLCA NUCLEO DE  
 SOLCA Katherine Abril  
 Lcda. Katherine Abril  
 ENFERMERA DE CUIDADO DIRECT  
 Célula: 1750343347

AUG 25 '23 17:02

AUG 25 '23 17:02

AUG 25 23 17:02

EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE  
1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VIA DE ADMINISTRACIÓN	N° CARTER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (bat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSION	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
15:50	772302703	IV	22	100/55	99/54	98/53	36.6	36.5	36.6	72 <sup>x</sup>	71 <sup>x</sup>	71 <sup>x</sup>	16 <sup>x</sup>	18 <sup>x</sup>	18 <sup>x</sup>	16:10	20 min	235		X
<p>MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO</p> <p>Pct: <b>BERTHA LUCILA CISNEROS SEVILLA</b> Unidad: 772302703</p> <p>Historia Clínica: 270960</p> <p>Grupo y Factor: <b>A+</b> Hemocomponente: C/PAF</p> <p>Muestra: 115622</p> <p>Servicio: 04 HS ONCOLOGIA ORDEN 71462</p> <p>Compatible:</p> <p>Fecha compatibilidad:</p> <p>Enviado por: <b>KARINA LLONGO</b></p> <p>Fecha Envío: 25/09/2023 - 13:40</p> <p><b>NO REALIZADA</b></p>																				

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAI)

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

DURANTE LA TRANSFUSION: POSTRANSFUSIONAL: HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	ERUPCIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	PIEBRE	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NAÚSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISENIA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>										

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
COMPROMISO INMUNOLÓGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO	CÓDIGO:	
CAUSA:	TEMPERATURA:	FECHA:
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS.)	FIRMA:	HORA:
RECIBIDO POR:	FIRMA:	
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA	FIRMA:	

RESPONSABLE DEL SMT: KARINA LLONGO

CÓDIGO PROFESIONAL: 1724350143

FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSION:

CÓDIGO PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSION:

CÓDIGO PROFESIONAL:

FIRMA Y SELLO



Nº 0027367

SOLICITUD:

HORA: 10 30

FECHA DE SOLICITUD: 29 08 2023

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)			
APELLIDOS Y NOMBRES: Cisneros Sevilla Bertha Lucila	SALA: Hematología		
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: N° DE IDENTIFICACIÓN: 104789063-27367	CAMA: 209		
NACIONALIDAD: ecuatoriano	SEXO: M		
DIAGNÓSTICO CIE 10: Linfoma de células grandes B	PESO (Kg): 55		
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia no especificada	CÓDIGO CIE 10: C83.3		
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES			
PRIORIDAD DE LA SOLICITUD			
EMERGENCIA (5min.):			
URGENCIA (15min.):			
ROUTINA (45min.):			
ALISTAR: HORA:			
FECHA:			
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES			
TP: TTP: GRUPO ABO/RH EL			
HEMOGLOBINA: 8.3 HEMATOCRITO: 27.7 PLAQUETAS: 16.000			
OTROS:			
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS			
COMPONENTE SANGÜÍNEO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSLP	CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRPL	CRIOPRECIPITADO	CRIO
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSLP	PLASMA REFRIGERADO	PR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL	SANGRE RECONSTITUIDA	SR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI	OTRO:	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS 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 SANGÜÍNEO			
NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA	
Sulay Batallas		[Firma]	
C.I.: 1722126321		1722126321	
FECHA:		HORA:	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA			
FIRMA			
[Firma]			
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD			
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONARIA		PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONARIA	
RESPONSABLE:		RESPONSABLE:	
HORA:		HORA:	
FECHA:		FECHA:	
29/08/23		14:32	
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE, ES SU RESPONSABILIDAD			



**Nº. ORDEN:** 71511

FECHA PEDIDO 29/08/2023

FECHA PEDIDO 29/08/2023

1704784063

**GRUPO SANGUÍNEO:**

**A +**

# C83 LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO

135626

**GRUPO SANGUÍNEO:**

**A POSITIVO** Du:

**COOMBS DIRECTO:**

## SUBGRIPPO:

C<sup>+</sup>, E<sup>+</sup>, C<sup>+</sup>, e<sup>+</sup>, K<sup>-</sup>,

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

**POSITIVO**

**NEGATIVE**

**RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:**

**ERIKA MIRANDA**

[illegible]**OBSERVACIONES:**

Responsible

**SOLCA NUCLEO DE QUITO**  
Lic. Sandra Ordoñez R.  
BANCO DE SANGRE  
C.I.: 0401733969

**Servicio de Medicina Transfusional**

Revisado por

**Líder de Banco de Sangre**

Nº 0027376

SOLICITUD:

HORA: 15:00

31 08 2023

FECHA DE SOLICITUD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)	
APellidos y Nombres: <u>Carmona Cecilia Patricia Wata</u>	SALA: <u>304</u>
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> FORMULARIO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> N° DE IDENTIFICACIÓN: <u>1704781063/270960</u>	CAMA: <u>2</u>
NACIONALIDAD: <u>Ecuatoriana</u>	SEXO: <u>M</u> PESO (Kg): <u>57 kg</u>
DIAGNÓSTICO CIE 10: <u>Infancia no lograda de peso de células grandes E</u>	CÓDIGO CIE 10: <u>C83.3</u>
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: <u>Tramitación de sangre y No Copeficciones</u>	CÓDIGO CIE 10: <u>D64.6</u>
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
PRIORITY DE LA SOLICITUD	
EMERGENCIA (5min.): <input type="checkbox"/>	
URGENCIA (15min.): <input type="checkbox"/>	
RUTINA (45min.): <input checked="" type="checkbox"/>	
ALISTAR: <input type="checkbox"/>	
FECHA: <input type="checkbox"/>	
HORA: <input type="checkbox"/>	
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES	
HEMOGLOBINA: <u>7.1</u> HEMATOCRITO: <u>22.6</u> PLACUETAS: <u>19 000</u> TP: <input type="checkbox"/>	
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> < DE 2 MESES <input checked="" type="checkbox"/> 3-5 MESES <input type="checkbox"/> 6-8 MESES <input type="checkbox"/> > 12 MESES <input type="checkbox"/>	
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜINEOS SOLICITADOS	
COMPONENTE SANGÜINEO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CONCENTRADO DE PLACUETAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CONCENTRADO DE PLACUETAS 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:
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜINEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO	
Yo, <u>García Andrés Velastegui, Muroz</u> en calidad de médico prescriptor del paciente <u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> , 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.	
FIRMA: <u>García Andrés Velastegui, Muroz</u>	
6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜINEO	
NOMBRES Y APELLIDOS: <u>García Andrés Velastegui, Muroz</u>	
C.I.: <u>1850436654</u>	
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜINEA	
RESPONSABLE: <u>Lda. Valeria García</u>	HORA: <u>15:30</u>
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD	
RESPONSABLE: <u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u>	HORA: <u>15:50</u>
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE. ES SU RESPONSABILIDAD	



# ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA

**FECHA PEDIDO 31/08/2023**

### DATOS DEL PACIENTE

1704784063


**C83.3 LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES DIFUSO**

— NO. MUESTRA: 15663

## RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

**KARINA L LONGO**

[illegible]

Observaciones:


SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Lic. Karina Liongo  
BANCO DE SANGRE  
C.C. 1724350143

ter de Banco de Sanpre



FECHA DE SOLICITUD: 25 06 2023 HORA: 13:25 SOLICITUD: Nº 0027354

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Concepción Juillia Borja Urala SERVICIO: Hematología SALA: 309 CAMA: 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1704341063 / 270760

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1958 EDAD: 73 SEXO: ☐ H: ☐ M: ☒ PESO (kg): 58

DIAGNÓSTICO CIE 10: Trambrado porfiria no especificada CÓDIGO CIE 10: B67.5

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trambrado porfiria no especificada CÓDIGO CIE 10: B67.5

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILADO A: ☐ JUBILADO: ☐ CLÍNICO: ☒ EMERGENCIA (5min.): ☐  
SEGURO ISSFA: ☐ NO APORTA: ☐ QUIRÚRGICO: ☐ URGENCIA (15min.): ☐  
SEGURO ISSPOL: ☒ SEGURO PRIVADO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (45min.): ☐  
SEGURO GENERAL: ☒ SEGURO INDIRECTO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐  
SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO CAMPESIÑO: ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐ < DE 2 MESES ☒ 3-5 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ >12 MESES ☐

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: ☐ SI ☐ NO ☒

REACCIONES ADVERBAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HEMOGLOBINA: 8.6 HEMATOCRITO: 26.7 PLAQUETAS: 17.550 TP: ☐ TTP: ☐ GRUPO ABO/RH: ☐

OTROS: ☐

COMPONENTE SANGÜÍNEO		4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
COMPONENTE SANGÜÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			CONCENTRADO DE PLASMA RECONSTITUIDO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			CONCENTRADO DE PLASMA RECONSTITUIDO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLASMA RECONSTITUIDO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS			CONCENTRADO DE PLASMA RECONSTITUIDO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS			CONCENTRADO DE PLASMA RECONSTITUIDO		

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

Yo, Dr. Stephany Toranzo Gualdos en calidad de médico prescriptor del paciente Concepción Juillia Borja Urala 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.

Dr. Stephany Toranzo Gualdos  
Firma  
Médico Residente Medicina Transfusional  
C.I.: 09177201  
SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Dra. Stephany Toranzo Gualdos  
Médico Residente Medicina Transfusional  
C.I.: 09177201  
SELLO  
AUG 25 2023 13:26  
AUG 25 2023 15:18

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA

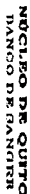
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA: 25/08/23 HORA: 13:26 RESPONSABLE: Lic. Karina Llongo T.

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA

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



Page 2 of 2

71462

No. SOLICITUD: 0027354

**FECHA PEDIDO 25/08/2023**

1/04/84063

### C83.3 LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES DIFUSO

## PRETRANSFUSIONALES

415622

RESPONSABLES DE VALIDACION DE RESULTADOS:

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

## RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:**

Responsible

Revisado por

SOCIEDAD

100

SOLCA HUACAO DE QUITO  
Lic. Karina Longo T  
BANCO DE SANGRE  
C.I. 1724350143

**Servicio de Medicina Transfusional**

**Líder de Banco de Sangre**



Ministerio  
de Salud Pública



**SOLCA**  
NÚCLEO DE QUITO

**ISTEMA NACIONAL DE SANGRE**  
**GRAMA NACIONAL DE SANGRE**

SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS



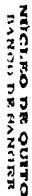
Donar  
sangre

FECHA DE SOLICITUD: 23 08 2023

HORA: 15 30

SOLICITUD: Nº 0027346

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)	
APellidos y Nombres: Cisneros Sevilla Bertha Lucila	SALA: 309
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> FORMULARIO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1304784063 / 270160
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	EDAD: 23 años
DIAGNÓSTICO CIE 10: Infame No Hodgkin difuso	SEXO: F
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia Secundaria	PESO (Kg): 57 kg
	CÓDIGO CIE 10: C83.3
	CÓDIGO CIE 10: D69.5
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
SEGURO ISSFA: <input type="checkbox"/> JUBILADO: <input type="checkbox"/> NO APORTA: <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO: <input checked="" type="checkbox"/> SEGURO INDIRECTO: <input type="checkbox"/> SEGURO CAMPEÑO: <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA (5min.): <input type="checkbox"/>
QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>	URGENCIA (15min.): <input type="checkbox"/>
NEONATOLÓGICO: <input type="checkbox"/>	RUTINA (45min.): <input checked="" type="checkbox"/>
GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>	ALISTAR: <input type="checkbox"/>
	FECHA: <input type="checkbox"/>
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES	
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9-12 MESES <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES <input checked="" type="checkbox"/>	>12 MESES <input type="checkbox"/>
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
HEMOGLOBINA: 9.9	HEMATOCRITO: 29.1
PLAQUETAS: 21.000	TP: <input type="checkbox"/>
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS	
COMPONENTE SANGÜÍNEO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CP
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CPA
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	PFC
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CRIO
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	PR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	SR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PLASMA REFRIGERADO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PLASMA RECONSTITUIDA	
OTRO: <input type="checkbox"/>	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS 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 SANGÜÍNEO	
NOMBRES Y APELLIDOS: Katherine Paola Pachaza Ayala	FIRMA:
C.I.: 1719563545	SOLCA NÚCLEO QUITO Lic. Katherine Pachaza MÉDICO RESIDENTE C.I.: 1719263845
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA	
RESPONSABLE:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Katherine Pachaza MÉDICO RESIDENTE C.I.: 1719263845
FECHA: 23/08/2023	HORA: 16.20
RESPONSABLE:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Katherine Pachaza MÉDICO RESIDENTE C.I.: 1719263845
FECHA: 23/08/2023	HORA: 16.20
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONALES	
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD	
LIC. VARI:	
RESPONSABLE: BANC	
MSP-LIBRO-01-01-5-Nº-14	
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA • RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD	



**BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

No. ORDEN: 71443

ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

**No. SOLICITUD: 0027346**

**FECHA PEDIDO 23/08/2023**

### DATOS DEL PACIENTE

CISNEROS SEVILLA BERTIA LUCILA

FECHA DE NACIMIENTO:

**18/05/1950**

**EDAD:**

**73 años, 3 meses, 9 días**

**H.CLINICA:**  
**SERVICIO:**

27096C  
04 HS. ONCOLOGIA CLINICA

**GRUPO SANGUÍNEO:**

A +

**GENERO:**

FEMENINO

### DIAGNOSTICO:

### C83.3 LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES DIFUSO

### RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

## A POSITIVO

**Du:**

COOMBS DIRECTO:

**NEGATIVO**

**No. MUESTRA:**

115573

**RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:**

**SUBGRUPO:**

C<sup>+</sup>, E<sup>+</sup>, C<sup>+</sup>, e<sup>+</sup>, k<sup>-</sup>,

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

**NEGATIVO**

**PATRICIO CUESTA**

### DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]

**OBSERVACIONES:**

SECCION DE QUITO

Responsible

REF: L68K0:0.F0L10:5 No.14

**Servicio de Medicina Transfusional**

**Líder de Banco de Sangre**