

FECHA DE SOLICITUD: 31 07 2023

HORA: 16 30

SOLICITUD: Nº 0028579

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Torres Guachala Madison Alejandra SERVICIO: Pediatría SALA: Hospitalización CAMA: 217

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1728068261 1317961

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 03-12-2012 EDAD: 11 años SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 48 Kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Síndrome mieloproliferativo CÓDIGO CIE 10: D46

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia CÓDIGO CIE 10: D69

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: 9.1 HEMATOCRITO: 26.8 PLAQUETAS: 28.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: ORH+

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	4	cuando
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp		CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP		CRIOPRECIPITADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp		PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL		SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI		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.

JUL 31 '23 16:52

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Alejandra León Chicaiza FIRMA:

C.I.: 0503387136 SELLO: A NÚCLEO DE QUITO Dra. Jenny León MÉDICO RESIDENTE C.I.: 0503387136

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 31/07/23 HORA: 16:52 RESPONSABLE: Muestrero

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 31/07/23 HORA: 16:52 RESPONSABLE: BANCO DE SANGRE MSP: LIBRO: 6 FOLIO: 5 No. 14

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

MSP.DNEAIS-FOR.08-31CS-06-01-2018

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: TORRES GUACHALA, MADISON ALEJANDRO
Servicio: 05 HS. PEDIATRÍA H. Clínica: 317961
ORDEN: 71149
Grupo: O+
Muestra N°: 115455
Fecha: 31/07/2023

