

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)		2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
APELLIDOS Y NOMBRES: <b>Chavez Serrano Andrea Estefania</b>		3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES	
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: <b>1717587461</b> / <b>14661300514</b>		HEMOGLOBINA: <b>8,6</b> HEMATOCRITO: <b>26,8</b> PLASQUETAS: <b>316 000</b> TP: <input type="text"/> TTP: <input type="text"/> GRUPO ABO/RH: <input type="text"/>	
NACIONALIDAD: <b>Ecuatoriano</b> FECHA DE NACIMIENTO: <b>15/11/1989</b> SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> PESO (Kg): <b>40Kg</b> CÓDIGO CIE 10: <b>C53.9</b> CÓDIGO CIE 10: <b>D63.9</b>		TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: <input type="text"/> < DE 2 MESES <input checked="" type="checkbox"/> 3-5 MESES <input type="checkbox"/> 6-8 MESES <input type="checkbox"/> 9-12 MESES <input type="checkbox"/> >12 MESES <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO CIE 10: <b>Anemia en enfermedad respiratoria</b>		REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: <b>Asistencia en enfermedad respiratoria</b>		OTROS: <input type="text"/>	
AFILIADO A:		4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS	
SEGURO ISSFA: <input type="checkbox"/> JUBILADO: <input type="checkbox"/> CLÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/> QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> NEONATOLÓGICO: <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
SEGURO ISSPOL: <input type="checkbox"/> NO APORTA: <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO: <input checked="" type="checkbox"/> SEGURO INDIRECTO: <input type="checkbox"/>		NÚMERO LETRAS	
SEGURO VOLUNTARIO: <input type="checkbox"/> SEGURO CAMPEÑO: <input type="checkbox"/>		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
		CONCENTRADO DE PLASQUETAS	
		CONCENTRADO DE PLASQUETAS POR AFÉRESIS	
		PLASMA FRESCO CONGELADO	
		CROPRECIPITADO	
		PLASMA REFRIGERADO	
		SANGRE RECONSTITUIDA	
		OTRO: <input type="text"/>	
		5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO	
		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	
		6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO	
		NOMBRES Y APELLIDOS	
		FIRMA	
		SELO	
		SOLCA NÚCLEO DE QUITO	
		Dra. Nancy Lucero	
		C.I.: <b>0104075783</b>	
		7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA	
		RESPONSABLE: <b>V. Navarro</b>	
		HORA: <b>02:50</b>	
		8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE QUITO	
		RESPONSABLE: <b>Ldo. Diego</b>	
		HORA: <b>04:06</b>	
		9. ESTE FORMULARIO LLEVADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA • RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD	
		MSP.DNEAIS-FOR-08-31CS-06-01-2016	



No. ORDEN: 71168

FECHA PEDIDO 02/08/2023

**THE**

II. CLINICA: 300514 CEDULA: 1717587461

### C53.9 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION

No. MUESTRA: 115465

**RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:**

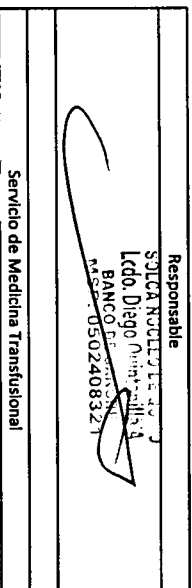
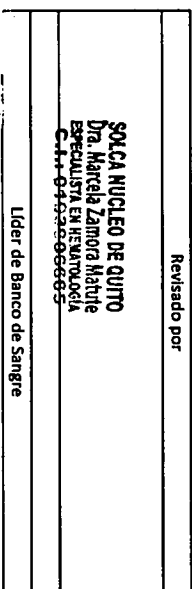
DIEGO QUINTANILLA

1. *Journal of the American Medical Association*, 1977; 237: 1001-1002.

[illegible]

\_\_\_\_\_

4

**Servicio de Medicina Transfusional**

**Líder de Banco de Sangre**



MODEL NO. QUTTO  
DANCO DE NAMING

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:	2	8	2023	
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS:	7	8	2023	
PRIORIDAD DE DESPACHO:	ALISTAR:		RUTINA 45 min:	X
			URGENCIA 15 min:	
			EMERGENCIA 5 min:	04

### 1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ANDREA ESTEFANIA CHAVEZ SERRANO		SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS		SALA: 33 HS. EMERGENCIA: CAMA: 4	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE IDENTIDAD: <input checked="" type="checkbox"/> X		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		N° DE IDENTIFICACIÓN: 1717587461	
HISTORIA CLÍNICA: <input type="checkbox"/>		FORMUARIO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/>			
FECHA DE NACIMIENTO: 15/11/1989		EDAD: 34 Años		GRUPO ABO/RH: A +	
SEXO: <input type="checkbox"/> H: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/> X		PESO (Kg.):		CÓDIGO CIE 10: C53.9	
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION		CÓDIGO CIE 10: D63			
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC					

[illegible]




TRANSFUSIONES ANTERIORES:	NO	REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:
	X	

**HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES:** CGRSCLP 9, CGRL 16,

### 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	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	A-	772302328	255	22/08/2023	A +		C <sub>+</sub> , E <sub>+</sub> , C <sub>-</sub> , e <sub>-</sub> , K <sub>-</sub>	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	Anti-E,
TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1													
Entregado por: Marco Pizarro							Fecha y Hora: AUG 2						
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 9401733969							Fecha y Hora: JUL 2						
Desechado por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 9401733969							Fecha y Hora: AUG 2						
COMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 26, DONACIONES DE REPOSICION: 0													
SOLCA NUCLEO DE QUITO													

**NENTES TRANSFUNDIDOS: 26, DONACIONES DE REPOSICION: 0**

ENVIADO POR:	DIEGO QUINTANILLA	FECHA:	02/08/2023	HORA:	4:48	FIRMA:	
TRANSPORTADO POR:	Alexis Barrantes	FECHA:	02/08/2023	HORA:	4:51	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	Lic. J. Grimaldo	FECHA:	02/08/2023	HORA:	5:00	FIRMA:	

**Revisado Por:**

**SOLCA NUCLEO DE QUITO**  
Dra. Marcela Zamora Mante  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA

Dr. ANDREA BOSTERLICH

Dr. ANDREA ESTEFANIA CHAVEZ SERRANO  
Unidad: 772302328  
Hemocomponente: CGRL

**Gruppo A:**

tuestra: 115465  
ORDEN: 71168

**SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS**

compatibiliza:  
fecha compatibilidad:  
HComSMT 02/08/2023 04:17

Invitado por: DIEGO OLINTANI / A

Fecha Envío: 02/08/2023 - 04:48

## COMPATIBILI

#### **1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL**

[illegible]

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

2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL		
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:	POSTRANSFUSIONAL:	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

### 2.2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS


ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NÁUSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCINURIA	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISENEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>								

### **3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE**

	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO				
NTEDENTES QUIRÚRGICOS	SI	NO				
IPROMISO INMUNOLÓGICO	SI	NO				

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

COMPONENTE SANGÜÍNEO DEVL	CÓDIGO:	
CAUSA:	TEMPERATURA:	
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	FECHA:	
RECIBIDO POR:	HORA:	
RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN	FIRMA:	
	FIRMA:	
	FIRMA:	

<b>RESPONSABLE DEL SMT:</b>	DIEGO QUINTANILLA	<b>RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:</b>	Lcdo. Janeteth Granado	<b>RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:</b>	Lcdo. Janeteth Granado
<b>CÓDIGO PROFESIONAL:</b>	0502408321	<b>CÓDIGO PROFESIONAL:</b>	171676453-3	<b>CÓDIGO PROFESIONAL:</b>	171676453-3
<b>FIRMA Y SELLO</b>	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Diego Quintanilla  BANCARIZADO DIRECTO Nº 0502408321	<b>FIRMA Y SELLO</b>	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Janeteth Granado O. BANCARIZADO DIRECTO Nº 171676453-3	<b>FIRMA Y SELLO</b>	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Janeteth Granado O. BANCARIZADO DIRECTO Nº 171676453-3