

FECHA DE SOLICITUD: 24 08 2023

HORA: 17 00

SOLICITUD: Nº 0028441

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Bejarano Añazco Adriel SERVICIO: Onco-pediatría SALA: Pediatría CAMA: 2043

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☐ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 301968

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 28/02/2012 EDAD: 10 años SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 54,2 kg.

DIAGNÓSTICO CIE 10: Osteosarcoma Femur Izquierdo CÓDIGO CIE 10: C402.

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia post hemorragia aguda CÓDIGO CIE 10: D62

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILIADO A: ☐ CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE: CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐

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

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

IESS SEGURO GENERAL: ☐ SEGURO PRIVADO: ☐ RUTINA (45min.): ☒

IESS SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO INDIRECTO: ☒ ALISTAR: 25/08/2023 HORA: 07:00

IESS SEGURO CAMPESINO: ☐

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: 11,9 HEMATOCRITO: 37,8 PLAQUETAS: 185.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: A Rh (+)

OTROS:

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

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:		

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: Lisset Alexandra Valencia Artieda FIRMA:

C.I.: 1003405712

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 24-08-2023 HORA: 17:50 RESPONSABLE: Jesselyn Ramos

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 24/08/23 HORA: 18:56 RESPONSABLE:

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA - RECUERDE: ES SU RESPONSA

Muestra N°: 115614
Fecha: 24/08/2023

