



Ministerio
de Salud Pública



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



Donar
sangre

FECHA DE SOLICITUD: 21 07 2023 HORA: 12 45 SOLICITUD: Nº 0028578

APellidos y Nombres: Acacio Navarrete Galo Avila Servicio: Emergencia Sala: Emergencia Cama: 01155108/312594
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 01155108/312594
NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 07/11/2016 EDAD: 6 años SEXO: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 139
DIAGNÓSTICO CIE 10: Lesión Mielorde Aguda CÓDIGO CIE 10: C92.0
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Avamia en enfermedades crónicas neoplásicas CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A: CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ EMERGENCIA (5min.): ☐
Jubilado: ☐ NO APORTA: ☐ URGENCIA (15min.): ☐
SEGURO ISSFA: ☐ SEGURO PRIVADO: ☐ RUTINA (45min.): ☒
SEGURO ISSPOL: ☒ SEGURO INDIRECTO: ☐ ALISTAR: ☐ HORA: ☐
SEGURO GENERAL: ☐ SEGURO VOLUNTARIO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ FECHA: ☐
SEGURO CAMPEÑO: ☐

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

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒
HEMOGLOBINA: 6.3 HEMATOCRITO: 18.1 PLAQUETAS: 27000 TP: 11.5 TTP: 36.5 GRUPO ABO/RH: O Rh(+) ☐

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS		5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO	
COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO
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:	

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: Acacio Navarrete Avila
FIRMA:
C.I.: 1718849522
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dr. Kevin Pinto
MÉDICO ESPECIALISTA

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA
RESPONSABLE: L.C. Cinthya Juha M.
HORA: 13:15pm
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD
RESPONSABLE: L.C. Verónica Puyana
HORA: 13:21
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Banco de Sangre
FOLIO 6 No. 14

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, FOLIO 6 No. 14
MSP/DNEAIS-FOR-08-31CS-06-01-2016

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ACURIO NAVARRETE, GALO ARIEL
Servicio: 03 HS EMERGENCIAS H. Clínica: 312694
ORDEN: 71145



Grupo: O+

Muestra N°: 115451
Fecha: 31/07/2023



No. ORDEN: 71145

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA.

NO. SOLICITUD: 0028578

FECHA PEDIDO 31/01/2023

DAJOS DEL PACIENTE:

PACIENTE: ACURIO NAVARRETE GALO ARIEL

FECHA DE NACIMIENTO: 11/07/2016

EDAD: 7 años, 0 meses, 17 días

Business Confidential

GRUPO SANGUINIO: **O+**

GENERO: MASCULINO

DIAGNOSTICO

C92.0 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO: **O POSITIVO** **Du**

COOMBS DIRECTO:

POSITIVE

RESPONSABLES DE VALIDACION DE RESULTADOS

SUBGRUPO

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

ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:****Responsable**

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Lic. veronica pycota M.

MS.P. LIBRO 7.7.5 No. 15

Revisado por

Dr. Marcela Zamora Motuza

ESPRESSO LAER 11/2006
0603968665

2

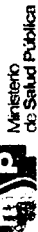
Servicio de Medicina Transfusional

Líder de Banco de Sangre



PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

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



Ministerio
de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES
TRANSFUNDIDOS



N° 0028578

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 31 7 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 31 7 2023
PRIORITY DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: GALO ARIEL ACURIO NAVARRETE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐
FECHA DE NACIMIENTO: 07/11/2016
EDAD: 7 años
SEXO: ☒ M: ☐ PESO (kg.): ☐
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDAD NEOLÁSICA C00-D48+

TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 3, CPAT 2, PCP 1, PCPI 2.

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR							IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEOS	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	
	4	CGRL	O+	772302291	326	22/08/2023	O +		C+E-,c+,K+	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: Sosselyn Razo

Fecha y Hora: 31-07-2023 19:00

JUL 31 '23 18:59

Recibido por: V. Rojas

Fecha y Hora:

JUL 31 '23 18:59

Desechado por:

Fecha y Hora:

COMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 10, DONACIONES DE REPOSICIÓN: 0 SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Lic. Verónica Pujiota M.

ENVIADO POR: VERONICA PUJOTA
TRANSPORTADO POR: Tranquilo Caceres
RECIBIDO POR: A. Cueto

FECHA: 31/07/2023

HORA: 14:15

FECHA: 31/07/2023

HORA: 16:35

FECHA: 31/07/2023

HORA: 16:40

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Ramos
Especialista en Hematología
C.I.: 172286413

Razo
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lcda. Josefina Ramos
ENFERMERA CUBADO DIRECTO
C.I.: 172286413

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

Z: NOTIFICACION DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

Z: NOTIFICACION DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

MSP-DNEAIS-PNS-FORM.27- RTCSNRAT-06-01-2016