



Ministerio  
de Salud Pública



**S LCA**  
NÚCLEO DE QUITO

**SISTEMA NACIONAL DE SANGRE**  
**PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE**  
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



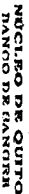
Donación  
sangre

FECHA DE SOLICITUD: 29/08/2023

HORA: 16:35

SOLICITUD: Nº 0027368

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)	
APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Posso Chango Hilda Maciel</u> SALA: <u>323</u> CAMA: <u>A</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"/> Nº DE IDENTIFICACIÓN: <u>10028347671286462</u>	
NACIONALIDAD: <u>Ecuatoriano</u> FECHA DE NACIMIENTO: <u>09/05/1986</u> EDAD: <u>37</u> SEXO: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/> PESO (Kg): <u>58.45</u>	
DIAGNÓSTICO CIE 10: <u>Céncer de cavidad</u> CÓDIGO CIE 10: <u>C53.9</u>	
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: <u>Anemia en enfermedad neoplásica</u> CÓDIGO CIE 10: <u>D63.0</u>	
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
AFILIADO A: <input type="checkbox"/> JUBILADO: <input type="checkbox"/> NO APORTA: <input type="checkbox"/> CLÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/> QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> EMERGENCIA (5min.): <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURO ISSPOL: <input type="checkbox"/> NO APORTA: <input type="checkbox"/> URGENCIA (15min.): <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> IESS SEGURO GENERAL: <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO: <input type="checkbox"/> RUTINA (45min.): <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> IESS SEGURO VOLUNTARIO: <input type="checkbox"/> SEGURO INDIRECTO: <input type="checkbox"/> ALISTAR: <input type="checkbox"/> FECHA: <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> IESS SEGURO CAMPESINO: <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>	
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES	
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input type="checkbox"/> NO <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"/>	
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: <input type="checkbox"/> < DE 2 MESES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: <input type="checkbox"/>	
HEMOGLOBINA: <u>7.4</u> HEMATOCRITO: <u>24.3</u> PLAQUETAS: <u>603000</u> TP: <input type="checkbox"/> TTP: <input type="checkbox"/> GRUPO ABO/RH: <input type="checkbox"/>	
OTROS: <input type="checkbox"/>	
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS	
COMPONENTE SANGUÍNEO NÚMERO LETRAS COMPONENTE SANGUÍNEO NÚMERO LETRAS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR CGRE 2 Dos CONCENTRADO DE PLAQUETAS CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA CGRSLp CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS CGRL CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS CGRP CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS CPIO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA CGRPSLp CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS CGRPL CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS CGRI OTRO: <input type="checkbox"/>	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO	
Yo, <u>Wendy Ruvira Montalvo Fierro</u> en calidad de médico prescriptor del paciente <u>Lda. Patricia Quelaf</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.	
6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO	
NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA	
<u>Wendy Ruvira Montalvo Fierro</u> <u>[Firma]</u>	
C.I.: <u>1722645440</u> SOLCA NÚCLEO QUITO Dña. Wendy Montalvo Fierro MEDICO RESIDENTE C.I.: 1722645440	
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA	
RESPONSABLE: <u>Lic. Patricia Quelaf</u> SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lda. Patricia Quelaf ENFERMERA CUIDADO DIRECTO MSP-Libro-35 Folio-125 N° 385	
FECHA: <u>29/08/2023</u> HORA: <u>12:00</u> PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL MSP-Libro-35 Folio-125 N° 385	
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD	
RESPONSABLE: <u>E. Miranda</u> SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE	
FECHA: <u>29/08/2023</u> HORA: <u>14:19</u> ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDA	
Muestra N°: 115646 Fecha: 29/08/2023	



25

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA

**No. SOLICITUD: 00273668**

**FECHA PEDIDO 29/08/2023**

## DATOS DEL PACIENTE

**PACIENTE:** POSSO CHANGO HILDA MACIEL

286462

**CEDULA:**

FECHA DE NACIMIENTO: 05/09/1986

**EDAD:** 36 años, 11 meses, 15 días

H.CLINICA: 286462  
SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA

**GRUPO SANGUÍNEO:**

$$O +$$

**GENERO:** FEMENINO

**DIAGNOSTICO:**

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

### RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

NO. MUESTRA: 11564E

**GRUPO SANGUÍNEO:**

O POSITIVO Du:

**COOMBS DIRECTO:**

**POSITIVO**

**RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:**

**SUBGRUPO:**

**COOMBS INDIRECTO**

**NEGATIVO**

ERINA WILLIAMS

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

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

**DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS****OBSERVACIONES:**

Responsible

Revisado por

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

**SOLCA NÚCLEO DE QUITO**  
Dra. Marcela Zamora Matute  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA  
C.I.: 0103906095

**Servicio de Medicina Transfusional**

**Líder de Banco de Sangre**