

FECHA DE SOLICITUD: 27 08 2023

HORA: 08 30

SOLICITUD: N° 0027361

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Sangucho Sangucho Mauricio Adolfo SERVICIO: Trasplante SALA: T CAMA: 03

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1709248973 / 30 51 81

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 28/11/1966 EDAD: 57 SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 60

DIAGNÓSTICO CIE 10: Neoplasia Múltiple. CÓDIGO CIE 10: C90.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia no especificada. CÓDIGO CIE 10: D69.6

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: 11.3 HEMATOCRITO: 33.1 PLAQUETAS: 77.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH:

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp		CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP		CRIOPRECIPITADO	CRIO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp		PLASMA REFRIGERADO	PR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL		SANGRE RECONSTITUIDA	SR	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI		OTRO: Inj. de 200		

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.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Espejo Chirato Cesar Marcelo FIRMA: Sello: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dr. Cesar Espejo MEDICO RESIDENTE C.I.: 172514699-5

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: HORA: RESPONSABLE:

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 27-08-2023 HORA: 9:28 RESPONSABLE: Lda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLÍNICA MSP 1005-2019-2105038

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA. REQUIERE SU RESPONSABILIDAD

MSP.DNEAIS-FOR-08-31CS-06-01-2016

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pct: SANGUCHO SANGUCHO, MAURICIO ADO  
Servicio 09 HS TRASPLANTE H Clínica: 306181  
ORDEN: 71474

Grupo: O+

Muestra N°: 115620  
Fecha: 25/08/2023



71474

No. SOLICITUD: 0027361

**FECHA PEDIDO 27/08/2023**

**C90.0 MIELOMA MULTIPLE**

15620

JENNYFFER CUASPUD

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

[illegible]

**OBSERVACIONES:**

Responsible **Lcda. Estefanía Morillo A.**  
LABORATORISTA TECNICA  
MSP 1004111234038  
C.I. 100411234038

Revisado por

**SOLCA NUCLEO DE PUERTO**  
**Dra. Marcela Zamora Ortiz**  
**ESPECIALISTA EN NEUMATOLOGIA**  
**C.I.: 010390635**

Lider de Banco de Sangre

FECHA DE SOLICITUD: 25 08 2023

HORA: 07 00

SOLICITUD: No 0026746

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Sangucho Sangucho Mauricio Adolfo SERVICIO: Trasplante SALA: T CAMA: 03

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1709240973/305181

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/1966 EDAD: 57 años SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 62

DIAGNÓSTICO CIE 10: Mieloma múltiple CÓDIGO CIE 10: C90.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trasplante secundario CÓDIGO CIE 10: D69.3

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: 17.1 HEMATOCRITO: 35.4 PLAQUETAS: 41.000 TP: ☐ TTP: ☐ GRUPO ABO/RH: ☐

OTROS: ☐

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	CP	
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp		CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	<u>1</u>
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC	
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP		CRIOPRECIPITADO	CRIQ	
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp		PLASMA REFRIGERADO	PR	
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL		SANGRE RECONSTITUIDA	SR	
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI		OTRO: <u>IRRADIADO</u>		

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.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dr. Daniel Fabrice Muñoz Cordero FIRMA: [Firma]

C.I.: 1223501902

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Dr. Rommel Martínez  
MÉDICO RESIDENTE  
C.I.: 1723501902

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 25/08/2023 HORA: 07H40 RESPONSABLE: No aplica

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 25/08/2023 HORA: 07H40 RESPONSABLE: [Firma]

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
BIO. JENNYFER CUASPAD-G.  
BANCO DE SANGRE  
C.I.: 0401449665

