

FECHA DE SOLICITUD: 26 08 2023

HORA: 14 40

SOLICITUD: Nº 0027861

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)  |  |   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Torres Gervacio Eliott Nicolay</u>  |  | SERVICIO: <u>Emergencia</u>   | SALA: <u>Emergencia</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>179182337 / 293324</u>                       |  |
| NACIONALIDAD: <u>Ecuatoriana</u>  |  | FECHA DE NACIMIENTO: <u>07/10/1995</u>                                | EDAD: <u>28</u>  |
| DIAGNÓSTICO CIE 10: <u>Osteosarcoma</u>   |  | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> | PESO (Kg): <u>79</u>   |
| MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: <u>Trombocitopenia Secundaria</u>   |  | CÓDIGO CIE 10: <u>C40.2</u>   | CÓDIGO CIE 10: <u>D69.5</u>                                    |
| AFILIADO A:   |  | CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE   |  |
| SEGURO ISSFA: <input type="checkbox"/>  | Jubilado: <input type="checkbox"/>         | CLÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/>                          | EMERGENCIA (5min.): <input type="checkbox"/>                   |
| SEGURO ISSPOL: <input type="checkbox"/>   | NO APORTA: <input type="checkbox"/>        | QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>                                  | URGENCIA (15min.): <input type="checkbox"/>                    |
| IESS SEGURO GENERAL: <input checked="" type="checkbox"/>  | SEGURO PRIVADO: <input type="checkbox"/>   | NEONATOLÓGICO: <input type="checkbox"/>                               | RUTINA (45min.): <input checked="" type="checkbox"/>           |
| IESS SEGURO VOLUNTARIO: <input type="checkbox"/>  | SEGURO INDIRECTO: <input type="checkbox"/> | GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>                           | ALISTAR: <input type="checkbox"/>                              |
| IESS SEGURO CAMPESINO: <input type="checkbox"/>   |  |   | FECHA: <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES  |  |  |  |
| TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |  |  |
| TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < 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"/> |  |  |  |
| REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |  |

|                                   |                                   |                                    |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| 3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES  |                                   |                                    |  |
| HEMOGLOBINA: <input type="text"/> | HEMATOCRITO: <input type="text"/> | PLAQUETAS: <u>17000</u>            | TP: <input type="text"/> TTP: <input type="text"/> |
| OTROS: <input type="text"/>       |                                   | GRUPO ABO/RH: <input type="text"/> |  |

| 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    | <u>una</u> |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS                           | CGRP     |        | CRIOPRECIPITADO                       | CRIO   |            |
| 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:                                 |        |            |

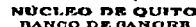
|   |  |
|---|--|
| 5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO   |  |
| Yo, _____ en calidad de médico prescriptor del paciente _____ quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) 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: <u>Tamara Anabel Checa Aitona</u>    | FIRMA: <u>[Firma]</u>  |
| C.I.: <u>1718988627</u>                                   | SOLCA, Núcleo de Quito<br><b>Dra. Tamara Checa</b><br>MÉDICA RESIDENTE<br>1718988627 |

|  |                    |
|--|--------------------|
| 7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA |                    |
| FECHA: <u>26.08.2023</u>                       | HORA: <u>14:40</u> |
| RESPONSABLE: <u>V. Baez / Enq</u>              |                    |

|                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| 8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD |                    |
| FECHA: <u>28-08-2023</u>     | HORA: <u>15:16</u> |
| RESPONSABLE: <u>[Firma]</u>  |                    |

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



**BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO**  
**SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL**

No. ORDEN: 71496

### ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

No. SOLICITUD: 0027861

FECHA PEDIDO 28/08/2023

### DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: TORRES GERVACIO ELIOTT NICOLAY

**FECHA DE NACIMIENTO:** 10/07/1995

**EDAD:** 28 años, 1 meses, 14 días

**GENERO:** MASCULINO

H.CLINICA: 293324

**SERVICIO:** 03 HS. EMERGENCIAS

CEDULA: 1719182337

DIAGNOSTICO: C40.2 TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR

GRUPO SANGUÍNEO: **A +**

### RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

No. MUESTRA: 115639

**GRUPO SANGUÍNEO:** **A POSITIVO**

Du:

**COOMBS DIRECTO:**

### COOMBS INDIRECTO

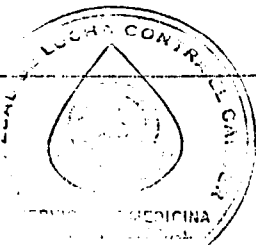
**RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:**

DIANA CARVAJAL

**SUBGRUPO:**

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

**ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:**

**DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS**[illegible]**OBSERVACIONES:**

33-CA-HUC-Responsable)  
Lic. Diana C. Arvajal M.  
BANCO DE SANGRE  
C.I. 1312482886

### Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por

**SOLCA NÚCLEO DE QUITO**  
Dra. Marcela Zamora Matute  
ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA  
011 2 23006365

**Líder de Banco de Sangre**