

FECHA DE SOLICITUD: 17 08 2023

HORA: 18 00

SOLICITUD: Nº 0028421

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Guiracaja Remache Maria Rosa
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1703747491 / 275833
NACIONALIDAD: Guatemalteco FECHA DE NACIMIENTO: 23-07-1950 EDAD: 73 SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 60
DIAGNÓSTICO CIE 10: Cel. crónico Mieloma Tóxico
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Shock Hipovolémico
CÓDIGO CIE 10: C50.9
CÓDIGO CIE 10: R57.0

AFILIADO A: ☐ CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE: ☐ PRIORIDAD DE LA SOLICITUD: ☐
SEGURO ISSFA: ☐ JUBILADO: ☐ CLÍNICO: ☐ EMERGENCIA (5min.): ☐
SEGURO ISSPOL: ☐ NO APORTA: ☐ QUIRÚRGICO: ☒ URGENCIA (15min.): ☐
ISS SEGURO GENERAL: ☒ SEGURO PRIVADO: ☐ NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (45min.): ☒
ISS SEGURO VOLUNTARIO: ☐ SEGURO INDIRECTO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐
ISS SEGURO CAMPESIÑO: ☐ FECHA: 17-08-23 HORA: 7:00

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☐ NO ☒
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES ☐ 2-5 MESES ☐ 5-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ > 12 MESES ☐
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 14.2 GEMATOCRITO: 41 PLACUETAS: 141.00 TP: 10.7 TTP: ☐ GRUPO ABO/RH: ☐
OTROS: ☐

| 4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS | | | | 5. COMPONENTE SANGUÍNEO | | | |
|---|--------------------------|--------|--------|---------------------------------------|--------------------------|--------|--------|
| COMPONENTE SANGUÍNEO | OTRO | NÚMERO | LETRAS | COMPONENTE SANGUÍNEO | OTRO | NÚMERO | LETRAS |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR | <input type="checkbox"/> | | | CONCENTRADO DE PLACUETAS POR AFÉRESIS | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA | <input type="checkbox"/> | | | PLASMA (FIBRINO GENELADO) | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS | <input type="checkbox"/> | 2 | POS | CRORRECEPTOR | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS | <input type="checkbox"/> | | | PLASMA REPREPARADO | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA | <input type="checkbox"/> | | | SANGRE DE CONEJUNDO (FIBRINO) | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS | <input type="checkbox"/> | | | OTRO | <input type="checkbox"/> | | |
| CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

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

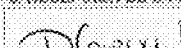
Yo, _____ en calidad de médico prescriptor del paciente _____ quien se encuentra en estado crítico, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo ABO/RH 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.

7. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Buitos F. FIRMA:  SELLO: 
C.I.: 1719245910

8. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 17-08-2023 HORA: 18:40 RESPONSABLE: Alicia Arcevala Int. 
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA: 17-08-2023 HORA: 20:42 RESPONSABLE: Doraely 
RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

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



No. ORDER: 71372

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

No. SOLICITUD: 0028421

FECHA PEDIDO 17/08/2023

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: GUARACAJA REMACHE MARIA ROSA

FECHA DE NACIMIENTO: 27/07/1950

EDAD: 73 años, 0 meses, 3 días

ALCUNCA

2352

REGULA:

27827493

GRUPO SANGÜÍNEO:

GENERO: FEMENINO

SERVICIO:

012 HS. CIRUGIA

DIAGNOSTICO:

C50.9 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

EN MUESTRA: 115568

GRUPO SANGÜÍNEO: B POSITIVO Du:

COOMES DIRECTOR

NEGATIVE

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

SUBGRUPO:

COOMBS INDIRECTO

NEGATIVO

DIANA CARVASSO

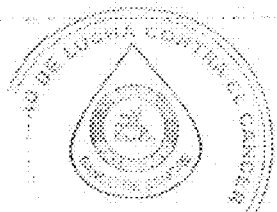
PHENOTYPE: C+, E+, c+, e+, K-

ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]

OBSERVACIONES:



Responsible

RECEIVED
U.S. DEPT. OF JUSTICE
BANDS OF
CL: 131-452085

Servicio de Medicina Transfusional

Revised: 5/20

SOLCA NUCLEO
Dra. Mariana
SOLCA NUCLEO
C. 1.1

Udler de Banco de Sangre