

FECHA DE SOLICITUD: 02 08 2023

HORA: 11 20

SOLICITUD: Nº 0027174

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Gomez Manrique Carmen Amelia SERVICIO: Oncología Clínica SALA: Genaxl CAMA: 312 B
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1001120375 / 201502
NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 05 - Junio - 1953 EDAD: 71 SEXO: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 48
DIAGNÓSTICO CIE 10: Adenocarcinoma acinar invasor de pulmón izquierdo CÓDIGO CIE 10: C349
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: C63.0

AFILIADO A:

SEGURO ISSFA: ☐ JUBILADO: ☐ NO APORTA: ☐
SEGURO ISSPOL: ☐ SEGURO PRIVADO: ☐
SEGURO VOLUNTARIO: ☒ SEGURO INDIRECTO: ☐
SEGURO CAMPESINO: ☐

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ EMERGENCIA (5min.): ☐
NEONATOLÓGICO: ☐ RUTINA (15min.): ☐
GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ALISTAR: ☐ HORA: ☐
FECHA: ☐

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD

URGENCIA (5min.): ☐
RUTINA (15min.): ☒
ALISTAR: ☐

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 ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☐
HEMOGLOBINA: 9.1 HEMATOCRITO: 28.3 PLAQUEAS: 551.000 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			CONCENTRADO DE PLAQUETAS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	1	Q10	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:		

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: Luis Edoardo Chamorro Nieto FIRMA: 
C.I.: 400579734

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

RESPONSABLE: Carlos E. Solca NÚCLEO DE QUITO
HORA: 11:40 Lcda. Katherine Abril
ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

RESPONSABLE: ☐ SOLCA NÚCLEO DE QUITO
HORA: 13:07 Lic. Sandra Ordoñez R.
Banco de Sangre

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A LA CALIDAD DE LAS PRUEBAS RECUPERAR, ES SU RESPONSABILIDAD Fecha: 02/08/2023



Grupo: ☐

Muestra N°: 115471



**MÚCI.FO DE QUITO
MANGU DE BANGUEIR**

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

NO. SOLICITUD: 0027174

FECHA PEDIDO 02/08/2023

No. ORDEN:

71177

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: GOMEZ MANRIQUE CARMEN AMELIA

II. CLINICA:

201502

CEDULA:

1001120375

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

10 anos, 2 meses, 19 dias

SERVICIO:

04 HS. ONCOLOGIA CLINICA

GRUPO SANGUÍNEO:

GENFRO: FFMFNINC

DIAGNOSIS:

C34 TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

Journal of Management Inquiry 18(1)

Importance of the study

NO. MUESTRA: _____

1154

GRUPO SANGUÍNEO:

O POSITIVO Du:

COOMBS DIRECTIO:

POSITIVE

RESPONSABLES DE VALIDACION DE RESULTADOS

SUBGRUPO:

COOMBS INDIRECTO

NEGATIVE

SANDRA ORMAZA

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

SECRET

Responsible

Revisado por

[illegible]

SOLCA NUCLEO DE CREDITO
Dra. Marcela Zaldívar Matthe
ESPECIALISTA EN FARMACOLOGIA
C.A.M. 010390685

Idel de Banco de Sangre

Revisado por _____