



SISTEMA NACIONAL DE SANGRE  
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE  
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951  
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS



Nº 0028588

SOLICITUD:

HORA: 20:10

FECHA DE SOLICITUD: 07/08/2023

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (JUBILADO) ☒ **Donna sangre**  
APELLIDOS Y NOMBRES: **Alejo Castro Correa Domencia** SERVICIO: **Quito Pediatría** SALA: **202** CAMA: **A**  
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: **1757211857**  
NACIONALIDAD: **Ecuatoriana** FECHA DE NACIMIENTO: **10/01/2016** EDAD: **6 años** SEXO: ☒ M: ☐ F: ☐ PESO (Kg): **28 kg**  
DIAGNÓSTICO DE 1º: **Leucemia linfoblástica aguda** CÓDIGO DE 1º: **C910**  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: **Anemia** CÓDIGO DE 1º: **D649**

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES  
CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE: ☒ CLÍNICO: ☒ QUIRÚRGICO: ☐ EMERGENCIA (Intra): ☐  
NEONATOLÓGICO: ☐ GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ URGENCIA (Intra): ☒  
RUTINA (45min): ☐ ALISTAR: ☐ RUTINA (15min): ☒  
FECHA: ☐ HORA: ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES  
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ SI ☐ NO ☐ 4 DE 2 MESES ☐ 3-4 MESES ☒ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ >12 MESES ☐  
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: ☐ SI ☐ NO ☐  
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: ☐ SI ☒ NO ☐  
HEMOGLOBINA: **6,9** PLACUETAS: **15000** TP: ☐ TTP: ☐ GRUPO ABO RH: **A+**

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS  
COMPONENTE SANGÜÍNEO: **CONCENTRADO DE PLACUETAS** Nº: **2** LETRAS: **dos**  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR: ☐ CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOCITARIA: ☐  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS: ☐ CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDATRICOS: ☐  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDATRICOS SIN CAPA LEUCOCITARIA: ☐ CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDATRICOS LEUCORREDUCIDOS: ☐  
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS FRAUDADOS: ☐

Yo, **Dr. Germán Montoya**, en calidad de médico prescriptor del paciente **Alejo Castro Correa Domencia**, bajo mi responsabilidad solicito de manera urgente/emergente el (los) componente(s) anterior(es) antes descrito(s), a sabiendas de 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.

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO  
NOMBRES Y APELLIDOS: **Dr. Germán Montoya** FIRMA: **Germán**  
C.C.U.: **1310400583**

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO  
RESPONSABLE: **Dr. Germán Montoya** PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
FECHA: **07/08/2023** HORA: **20:10**

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA  
RESPONSABLE: **Dr. Germán Montoya** PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
FECHA: **07/08/2023** HORA: **20:10**





PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE  
SOLCA NÚCLEO QUITO

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS  
Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Donia sangre

N° 0028588

Ministerio de Salud Pública

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS  
USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 7 8 2023 HORA: 7:51  
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 7 8 2023 HORA: 7:51  
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: RUTINA 45 min: EMERGENCIA 5 min: 51

NOMBRES Y APELLIDOS: DOMINICA KARIM ALENCÁSTRO CORREA  
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: SALA: 05 HS. PEDIATRIA CAMA: 202 A  
FECHA DE NACIMIENTO: 10/01/2016 EDAD: 7 años SEXO: M: X F: PESO (kg): 28 GRUPO ABO/RH: A + N° DE IDENTIFICACIÓN: 175211857  
DIAGNÓSTICO DE LA TRANSFUSIÓN: LEUCEMIA LINFOLÁSTICA AGUDA CÓDIGO DE UR: C91.0  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO CÓDIGO DE UR: D64.9

TRANSFUSIONES ANTERIORES: X NO REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI X NO

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO				DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR			
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	A+	772302362	240	24/08/2023	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES
		CGRL	A+	772302333	239	22/08/2023	COMPATIBLE, NEGATIVO

TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 2

Entregado por: O. Chiboga Fecha y Hora: AUG 8 '23 2:45  
Recibido por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO LUG. Silvia Remache, MSP: LIBRO: 11 FOLIO: 15 No. 46 Fecha y Hora: AUG 8 '23 2:45  
Desechado por: Fecha y Hora:

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: S, DONACIONES DE REPOSICIÓN NÚCLEO DE QUITO

ENVÍADO POR: SILVIA REMACHE FECHA: 07/08/2023 HORA: 21:51 FIRMA: MSP: LIBRO: 11 FOLIO: 15 No. 46  
TRANSPORTADO POR: O. Chiboga FECHA: 07/08/2023 HORA: 22:00 FIRMA: LUG. Silvia Remache, MSP: LIBRO: 11 FOLIO: 15 No. 46  
RECIBIDO POR: Silvia Gordon FECHA: 07-8-2023 HORA: 22:10 FIRMA: ENFERMERA EN JEFE

Revisado Por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dña. Marcela Zamora, MSP: ESPECIALISTA EN TRANSFUSIÓN DE SANGRE C.I. 0101010101

## 1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TEMPERATURA ANTETAL (°C)		TEMPERATURA C°				FRECUENCIA CARDÍACA (bpm)				FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)				HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN	VOLUMEN ADMINISTRADO (ml)	REACCIÓN ADVERSA
				ANTES	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				
22:15	772302333	IV	22	100/60	99/62	36.5	36.8	36.8	123x	10x	110x	25x	23x	23x	24:15	2 horas	235	X			
24:15	772302562	IV	22	99/60	99/60	36.5	36.8	36.8	10x	10x	87x	25x	22x	22x	02:15	2 horas	220	X			

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pc DOMENICA KARIM ALENCASTRO CORREA  
Unidad 772302333  
Historia Clínica 316790  
Grupo y Factor A+  
Muestra: 116406  
Servicio: 06 HS PEDIATRIA  
Compatibiliza: 07/08/2023 - 21:40  
Fecha: 07/08/2023 - 21:40  
Enviado por: SILVIA REMACHE  
Fecha Envío: 07/08/2023 - 21:51  
COMPATIBLE

EDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pc DOMENICA KARIM ALENCASTRO CORREA  
Unidad 772302382  
Historia Clínica 316790  
Grupo y Factor A+  
Muestra: 116406  
Servicio: 06 HS PEDIATRIA  
Compatibiliza: 07/08/2023 - 21:40  
Fecha: 07/08/2023 - 21:51  
Enviado por: SILVIA REMACHE  
Fecha Envío: 07/08/2023 - 21:51  
COMPATIBLE

## 2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

## 2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

DURANTE LA TRANSFUSIÓN: ☐ POSTRANSFUSIONAL: ☐ HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: ☐

## 2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	PIEBRE	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NÁUSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIAOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISEÑA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>										

## 2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: SI ☐ NO ☐ N° DE GESTACIONES: ☐ N° DE PARTOS: ☐ N° DE ABORTOS: ☐ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: SI ☐ NO ☐XMPROMISO INMUNOLÓGICO: SI ☐ NO ☐

## 3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGÜÍNEO DEVUE

CAUSA:

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS)

RECIBIDO POR:

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA

CÓDIGO:

TEMPERATURA:

FIRMA:

FIRMA:

FIRMA:

FECHA:

HORA:

RESPONSABLE DEL SMT:

CÓDIGO PROFESIONAL: 0503351355

FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:

CÓDIGO PROFESIONAL: 0503351355

FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:

CÓDIGO PROFESIONAL: 0503351355

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

IMP. DNEAS-PRO-FORMA 27- REC-00011-08-01-2018