

FECHA DE SOLICITUD: 05/08/2023

HORA: 08:15

SOLICITUD: N° 0027767

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Sanchez Lanchimba Michael Aaron SERVICIO: UUP SALA: UUP CAMA: 8

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1050812013/305575

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 16/05/1985 EDAD: 38 años SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg): 74.7

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia mieloide aguda. CÓDIGO CIE 10: C92

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia CÓDIGO CIE 10: D630

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: 7 HEMATOCRITO: 22 PLAQUETAS: 159000 TP: 10.3 TTP: 83 GRUPO ABO/RH:

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	1	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:		

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.

AUG 5'23 10:01

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dra. Andrea Núñez MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1804623047

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 05/08/23 HORA: 09:30 RESPONSABLE: M. Villegas Andrea

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 05/08/2023 HORA: 10:01 RESPONSABLE: J. Casanova

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA

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

Fecha N°: 115486

Fecha: 05/08/2023

