Ministerio de Salud Pública

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
ROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

315

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 23 | 08 | 2023 HORA: 11 | 00 SOLICITUD: Nº 0027344

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología SALA: Cirugía 115 CAMA: B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [✓] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [✓] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560902 / 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/1978 EDAD: 45 años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 58,8 Kg T: 153cm

DIAGNÓSTICO CIE 10: Cáncer de cérvix EC IIB CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	[X]	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:		QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:	[+]	SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	[X]
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [X] NO [ ]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 7.4 HEMATOCRITO: 22% PLAQUETAS: 356 TP: TTP: GRUPO ABO/RH

OTROS:

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		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	uno	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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

AUG 23'23 11:47

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 unicamente 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 23'23 12:57

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Paola Barragán Anaís

C.I.:

FIRMA

SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Karen Barragán MÉDICO RESIDENTE 1725644270

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 23/08/2023 HORA: 11:30 RESPONSABLE: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Guillermo Florencio ENFERMERO CI: 1724701642 REG. 1013-2019-2983334

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 23/08/2023 HORA: 11H47 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud C. BANCO DE SANGRE C.I. 0401449665

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 02 HS CIRUGIA H Clinica 317547
ORDEN 71438

Grupo: O+

Muestra Nº: I15606
Fecha: 23/08/2023

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

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO ITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71438

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA [redacted] No. SOLICITUD: 0027344 [redacted] FECHA PEDIDO 23/08/2023

DATOS DEL PACIENTE: [redacted]

PACIENTE:	CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA			H.CLINICA:	317547	CEDULA:	
FECHA DE NACIMIENTO:	07/01/1978	EDAD:	45 años, 7 meses, 9 dias	SERVICIO:	02 HS. CIRUGIA		
GRUPO SANGUÍNEO:	**O +**	GENERO:	FEMENINO	DIAGNOSTICO:	C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO		

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES [redacted] No. MUESTRA: 115606 [redacted]

GRUPO SANGUÍNEO:	O POSITIVO Du:	COOMBS DIRECTO:	POSITIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:	
SUBGRUPO:		COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	JENNYFFER CUASPUD	
FENOTIPO:	C+,E+,c+,e+,K-,	ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:			

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS [redacted]

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302515	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	320 mL	Negativo	15/09/023	COMPATIBLE	23/08/2023	23/08/2023	12:39:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I. 0401449668	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela [illegible] ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I. [illegible]
Servicio de Medicina Transfusional	Lider de Banco de Sangre

Fecha y hora de Impresion: 23/08/2023 10:41

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Dona sangre

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

N° 0027344

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 23 | 8 | 2023

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 23 | 8 | 2023 HORA: 12 | 39

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 02 HS. CIRUGIA SALA: 02 HS. CIRUGIA CAMA: 115 B

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547

FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 58,8 GRUPO ABO/RH: O +

DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA C00-D48+ CÓDIGO CIE 10: D63.0

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

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 4,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
	4	CGRL	O+	772302515	320	15/09/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Kerg... M. BANCO DE SANGRE MSP: LIBRO:6 FOLIO:5 No.14 Fecha y Hora: AUG 23'23 15:56

Recibido por: Fecha y Hora: AUG 23'23 15:56

Desechado por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Verón... M. Fecha y Hora:

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 6, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR:	JENNYFFER CUASPUD	FECHA:	23/08/2023	HORA:	12:39	FIRMA:	
TRANSPORTADO POR:	Adriana	FECHA:	23/08/2023	HORA:	12H57	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	C. Florencia	FECHA:	23/08/2023	HORA:	13:05	FIRMA:	

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Bioq. Jennyffer Cuaspud G.
BANCO DE SANGRE
C.I.: 0401449665

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lcdo. Guillermo Florencia
ENFERMERO
CI. 1724701642
REG. 1013-2019-2083334

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zamora Maruto
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA
C.I.: 0101[illegible]5365

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD DEL TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (CC)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
13:15	772302515	IV	20	127/62	120/80	122/80	36,5	36,3	36,6	72x'	70x'	87x'	18x'	20x'	17x'	15:15	2h	300		X

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clínica 317647 Unidad 772302515
Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGRI
Grupo:O+
Muestra 116606 ORDEN 71438
Servicio 02 HS CIRUGIA
Compatibiliza JENNYFFER CUASPUD
Fecha compatibilidad 23/08/2023 - 12 39
Enviado por JENNYFFER CUASPUD
Fecha Envio 23/08/2023 - 12 39
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	☐	GULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐ _____

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI ☐	NO ☐	Nº DE GESTACIONES:	☐	Nº DE PARTOS:	☐	Nº DE ABORTOS:	☐
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI ☐	NO ☐						
OMPROMISO INMUNOLÓGICO	SI ☐	NO ☐						

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI/ _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
JENNYFFER CUASPUD	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Guillermo Florencia ENFERMERO CI: 1724701642 REG. 1013-2019-2083334	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Guillermo Florencia ENFERMERO CI: 1724701642 REG. 1013-2019-2083334
CÓDIGO PROFESIONAL: 0401449665	CÓDIGO PROFESIONAL:	CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401449665	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

Ministerio de Salud Pública

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

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

315

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 24 | 8 | 2023 HORA: 8 | 25 SOLICITUD: Nº 0027349

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología Clínica SALA: 115 CAMA: B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560802 / 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 58

DIAGNÓSTICO CIE 10: Cáncer de cervix CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:	X	QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:		SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 7.4 HEMATOCRITO: 22.6 PLAQUETAS: 358 000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	UNO	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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:			

AUG 24 '23 8:51

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 unicamente 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 24 '23 11:20

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Wendy Paulina Montaluisa Fierro C.I.: 1722645940		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Wendy Montaluisa F. MEDICO RESIDENTE C.I.: 1722645940

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 24/08/2023 HORA: 08h30 RESPONSABLE: A. Arcos Enf. SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Andrea Arcos ENFERMERA Cl. 0401539242

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 24/08/23 HORA: 8:51 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I. 0400733969

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 04 HS ONCOLOGIA CLINICA Clinica 317647
ORDEN 71460

Grupo: O+

Muestra Nº: I15613
Fecha: 24/08/2023

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA. RECUERDE: ES SU RESP

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

BAN DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71450

ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA [redacted] **No. SOLICITUD: 0027349** [redacted] **FECHA PEDIDO 24/08/2023** [redacted]

DATOS DEL PACIENTE [redacted]

PACIENTE: CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA
H.CLINICA: 317547
CEDULA:
FECHA DE NACIMIENTO: 07/01/1978
EDAD: 45 años, 7 meses, 10 dias
SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES [redacted] No. MUESTRA: [redacted] 115613 [redacted]

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du: -
SUBGRUPO:
FENOTIPO: C+,E+,c+,e+,K-,
COOMBS DIRECTO: POSITIVO
COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS: SANDRA ORMAZA

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS [redacted]

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302526	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	258 mL	Negativo	18/09/023	COMPATIBLE	24/08/2023	24/08/2023	10:47:59

OBSERVACIONES:

Responsable
SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Sandra Ormaza R.
BANCO DE SANGRE
C.I.: 0401733969
Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zamora Maldo
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA
C.I.: 0103906868
Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresion: 24/08/2023 10:48

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Publica

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027349

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 24 | 8 | 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 24 | 8 | 2023 HORA: 10 | 47
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 02 HS. CIRUGIA SALA: 4S. ONCOLOGIA CLIN CAMA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547
FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 58 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC CÓDIGO CIE 10: D63
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 5,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	O+	772302526	258	18/09/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: S. Paredes Fecha y Hora: AUG 24 '23 16:32
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401149665 Fecha y Hora: AUG 24 '23 16:32
Desechado por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401149665 Fecha y Hora: AUG 24 '23 16:32

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 7, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR: SANDRA ORMAZA FECHA: 24/08/2023 HORA: 10:47 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969
TRANSPORTADO POR: Sofia Paredes FECHA: 24/08/2023 HORA: FIRMA:
RECIBIDO POR: A. ARCOS FECHA: 24/08/2023 HORA: 11.30 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Andrea Arcos ENFERMERA C.I. 0401539242

Revisado Por:
SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Martínez ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0103905[illegible]

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
12:00	772302526	Intravenosa	# 22	120/75	124/82	132/86	36.7°	36.6°	36.6°	81x'	86x'	87x'	18x	18x'	18x'	14:30	2h30	258		✓

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clinica 317547 Unidad 772302526
Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGRL
Grupo:O+
Muestra: 115613 ORDEN: 71450
Servicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA
Compatibiliza #HComSMT
Fecha compatibilidad 24/08/2023 - 10:46
Enviado por SANDRA ORMAZA
Fecha Envio 24/08/2023 - 10:47
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	☐	GULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐ _____

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS SI ☐ NO ☐ Nº DE GESTACIONES: ☐ Nº DE PARTOS: ☐ Nº DE ABORTOS: ☐

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI ☐ NO ☐

OMPROMISO INMUNOLÓGICO SI ☐ NO ☐

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI/ _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	SANDRA ORMAZA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	A.Arcosteuf	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	A.Arcosteuf
CÓDIGO PROFESIONAL:	#N/A	CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Andrea Arcos ENFERMERA CI. 0401539242	CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Andrea Arcos ENFERMERA CI. 0401539242
FIRMA Y SELLO	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969	FIRMA Y SELLO		FIRMA Y SELLO	

Ministerio de Salud Pública

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

315

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 25 | 08 | 2023 HORA: 08 | 00 SOLICITUD: Nº 0027351

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología Clínica SALA: 115 CAMA: B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560802 / 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 58Kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Cáncer de cervix CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:	[ ]	JUBILADO:	[ ]	CLÍNICO:	[X]	EMERGENCIA (5min.):	[ ]
SEGURO ISSPOL:	[ ]	NO APORTA:	[X]	QUIRÚRGICO:	[ ]	URGENCIA (15min.):	[ ]
IESS SEGURO GENERAL:	[ ]	SEGURO PRIVADO:	[ ]	NEONATOLÓGICO:	[ ]	RUTINA (45min.):	[X]
IESS SEGURO VOLUNTARIO:	[ ]	SEGURO INDIRECTO:	[ ]	GINECO-OBSTÉTRICO:	[ ]	ALISTAR:	[redacted]
IESS SEGURO CAMPESINO:	[ ]					FECHA: [redacted]	HORA: [redacted]

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [redacted] 6-8 MESES [redacted] 9-12 MESES [redacted] >12 MESES [redacted]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 8.6 HEMATOCRITO: 26 PLAQUETAS: 399000 TP: 11.5 TTP: 36.7 GRUPO ABO/RH:

OTROS:

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		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	UNO	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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

AUG 25 '23 9:00

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 unicamente 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 rasultados de los mismos una vez se hayan concluido.

AUG 25 '23 10:16

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Wendy Paulina Montaluisa Fierro C.I.: 1722645940		SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Wendy Montaluisa F. MÉDICO RESIDENTE C.I.: 1722645940

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 25/08/2023 HORA: 8h30. RESPONSABLE: Lic. G. Acero Lcda. Gabriela Acero Q. SOLCA NÚCLEO DE QUITO ENFERMERA CUIDADO DIRECTO C.I.: 1717525875

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 25/08/2023 HORA: 09H00 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401449865

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

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 02 HS CIRUGIA H Clínica: 317547
ORDEN: 71459

Grupo: O+

Muestra Nº: I15619
Fecha: 25/08/2023

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71459

ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA — **No. SOLICITUD: 0027351** — **FECHA PEDIDO 25/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA
H.CLINICA: 317547
CEDULA:
FECHA DE NACIMIENTO: 07/01/1978
EDAD: 45 años, 7 meses, 11 dias
SERVICIO: 02 HS. CIRUGIA
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES — No. MUESTRA: 115619

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du:
COOMBS DIRECTO: POSITIVO
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:
COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
JENNYFFER CUASPUD
FENOTIPO: C+,E+,c+,e+,K-,
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302536	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	259 mL	Negativo	19/09/023	COMPATIBLE	25/08/2023	25/08/2023	9:50:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401449665	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Muñoz ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0103904085
Servicio de Medicina Transfusional	Lider de Banco de Sangre

Fecha y hora de Impresion: 25/08/2023 - 9:50

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027351

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 25 | 8 | 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 25 | 8 | 2023 HORA: 09 | 50
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 02 HS. CIRUGIA SALA: 02 HS. CIRUGIA CAMA: 115 B
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547
FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 58 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA C00-D48+ CÓDIGO CIE 10: D63.0
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 6,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
	4	CGRL	O+	772302536	259	19/09/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: Freddy López Fecha y Hora: AUG 25 '23 13:57
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Karina Lizano T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724330143 Fecha y Hora: AUG 25 '23 13:57
Desechado por: Fecha y Hora: AUG 25 '23 13:57

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 8, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR: JENNYFFER CUASPUD FECHA: 25/08/2023 HORA: 9:50 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuaspud G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401449665
TRANSPORTADO POR: Sr Morales FECHA: 25/08/2023 HORA: 10 H16. FIRMA:
RECIBIDO POR: Lic G. Acero. FECHA: 25/08/2023 HORA: 10 H30 FIRMA: G. Acero SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Gabriela Acero Q. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO C.I.: 1717525875

Revisado Por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zambrano Maruri ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0103900685

EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (CC)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
10h45	772302536	IV	22	118/86	127/87	133/91	36,2°C	36,5°C	36,7°C	91x'	87x'	87x'	18x'	20x'	20x'	12h55	2h	241		X

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clinica: 317547 Unidad: 772302536
Grupo y Factor: O+ Hemocomponente: CGRI
Grupo: O+
Muestra: 116619
Servicio: 02 HS CIRUGIA ORDEN: 71459
Compatibiliza: JENNYFFER CUASPUD
Fecha compatibilidad: 26/08/2023 - 09:49
Enviado por: JENNYFFER CUASPUD
Fecha Envio: 26/08/2023 - 09:50
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	☐	GULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS SI ☐ NO ☐ Nº DE GESTACIONES: ☐ Nº DE PARTOS: ☐ Nº DE ABORTOS: ☐

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS SI ☐ NO ☐

OMPROMISO INMUNOLÓGICO SI ☐ NO ☐

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI/ _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT: JENNYFFER CUASPUD
CÓDIGO PROFESIONAL: 0401449665
FIRMA Y SELLO
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
jennyffer cuaspud
BANCO DE SANGRE
0401449665

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: Lic. G. Acero Jenf.
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Gabriela Acero Q.
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I.: 1717525875

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: Lic. G. Acero Jenf
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO
SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Gabriela Acero Q.
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I.: 1717525875

Ministerio de Salud Pública

S LCA NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 20 | 08 | 2023 HORA: 03 | 05 SOLICITUD: Nº 0027333

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología SALA: 11S CAMA: B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560802 / 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 61kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Tumor maligno del cuello del útero CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplasica CÓDIGO CIE 10: D63

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:		QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:	X	SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 8.2 HEMATOCRITO: 24.8 PLAQUETAS: 351000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH

OTROS:

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		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	2	DOS	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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 unicamente 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

AUG 20 '23 3:34

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Alexis Javier Falcón González		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Alexis Falcón MEDICO RESIDENTE C.I.: 1727248161
C.I.: 1727248161		

AUG 20 '23 4:24

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 20/08/23 HORA: 03:15 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcdo. Cristian Ochoa A. ENFERMERO CUIDADO DIRECTO C.I.: 0202355566 C Ochoa

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 20/08/23 HORA: 03:34 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Karina Liongo T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724250143

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UN PACIENTE. ES SU RESPONSABIL

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 02 HS CIRUGIA H Clínica 317547
ORDEN: 71402

Grupo: O+

Muestra Nº: I15584
Fecha: 20/08/2023

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71402

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA | **No. SOLICITUD: 0027333** | **FECHA PEDIDO 20/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA
FECHA DE NACIMIENTO: 07/01/1978
EDAD: 45 años, 7 meses, 6 días
GENERO: FEMENINO
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**
H.CLINICA: 317547
CEDULA:
SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
DIAGNOSTICO: C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES | No. MUESTRA: 115584

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du:
SUBGRUPO:
FENOTIPO: C+,E+,c+,e+,K-,
COOMBS DIRECTO: POSITIVO
COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS: KARINA LLONGO

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302503	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	272 mL	Negativo	13/09/023	COMPATIBLE	20/08/2023	20/08/2023	4:17:59
772302499	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	237 mL	Negativo	13/09/023	COMPATIBLE	20/08/2023	20/08/2023	4:17:59

OBSERVACIONES:

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Karina Llongo T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724350143	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. [illegible] Zamora Matute ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: [illegible]0890[illegible]365
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de Impresion: 20/08/2023 [illegible]

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO
REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS
Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027333

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 20 | 8 | 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 20 | 8 | 2023 HORA: 04 | 17
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA SALA: HS. ONCOLOGIA CLIN CAMA: 115
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547
FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 61 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC CÓDIGO CIE 10: D63
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 1,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	O+	772302499	237	13/09/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	
		CGRL	O+	772302503	272	13/09/2023							

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2

Entregado por: María José Reyes Fecha y Hora: AUG 20 '23 6:44
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Karina Llongo T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724350143 Fecha y Hora: AUG 20 '23 6:44
Desechado por: Fecha y Hora: AUG 20 '23 6:44

ONENTES TRANSFUNDIDOS: 4, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR: KARINA LLONGO FECHA: 20/08/2023 HORA: 4:17 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Karina Llongo T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724350143
TRANSPORTADO POR: Santiago Teasci FECHA: 20/08/2023 HORA: 4:21 FIRMA:
RECIBIDO POR: Cristian Ochoa FECHA: 20/08/2023 HORA: 4:28 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcdo. Cristian Ochoa A. TECNOLOGO MEDICO C.I.: 1202355566

Revisado Por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Z... ESPECIALISTA C.I.: 01...

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER BANCO DE SANGRE SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (CC)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
04:30	772302503	Periferica	18	117/73	114/74	103/73	36,7°c	36,4	36,5°	100x'	96x'	95x'	20x'	19x'	18x'	5:30	1 hora	254		✓
05:40	772302499	Periferica	18	115/75	107/72	116/75	36,2°c	36,4°c	36,4°c	94x'	94x'	90x'	18x'	18x'	18x'	6:40	1 hora	237		✓

IEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
ct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
istoria Clinica 317647 Unidad 772302503
rupo y Factor O+ Hemocomponente CGRI
Grupo:O+
uestra: 115684 ORDEN 71402
ervicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA
ompatibiliza #HComSMT
echa compatibilidad 20/08/2023 - 04 1
nviado por KARINA LLONGO
echa Envio 20/08/2023 - 04 17
COMPATIBLE

EDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
ct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
istoria Clinica 317647 Unidad 772302499
rupo y Factor O+ Hemocomponente CGRI
Grupo:O+
uestra: 115684 ORDEN 71402
rvicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA
ompatibiliza #HComSMT
echa compatibilidad 20/08/2023 - 04 16
nviado por: KARINA LLONGO
echa Envio 20/08/2023 - 04 17
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	☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐
OTRO (ESPECIFICAR)	☐										

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI ☐	NO ☐	Nº DE GESTACIONES: ☐	Nº DE PARTOS: ☐	Nº DE ABORTOS: ☐
NTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI ☐	NO ☐			
MPROMISO INMUNOLÓGICO	SI ☐	NO ☐			

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANI _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
KARINA LLONGO	Lic. Ochoa. C	Lic. Ochoa _ C
CÓDIGO PROFESIONAL: 1724350143	CÓDIGO PROFESIONAL:	CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Karina Llongo T. BANCO DE SANGRE C.I.: 1724350143	FIRMA Y SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcdo. Cristian Ochoa A. ENFERMERO CUIDADO DIRECTO C.I.: 0202355566	FIRMA Y SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO ENFERMERO C.I.: 0202355566

0

Ministerio de Salud Pública

S LCA NÚCLEO DE QUITO

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO UNICÓDIGO 035951

SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 17 08 2023 HORA: 18 45 SOLICITUD: Nº 0027327

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología - Cirugía SALA: General CAMA: 115

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560802 - 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 60,9 Kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado de cervix CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedades neoplásicas CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:	X	QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:		SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 5,7 HEMATOCRITO: 17,1 PLAQUETAS: 611000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH

OTROS:

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		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	2	dos	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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: IRRADIADO			

LUCHA CONTRA EL CÁNCER BANCO DE SANGRE SERVICIO DE MEDICINA

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 unicamente 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 17 '23 22:01

AUG 17 '23 20:34

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Milton Antonio Meneses Chauca

C.I.: 1003416235

FIRMA

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dr. Milton Meneses
MEDICO RESIDENTE
C.I.: 1003416235

7. RESPONSABLE DE LA TOma DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 17/08/2023 HORA: 19:50 RESPONSABLE: A. Arcos Leuf.

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Andrea Arcos
ENFERMERA
0940839242

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 02 HS CIRUGIA H Clínica 317547
ORDEN: 71371

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 17.08.2023 HORA: 20:34 RESPONSABLE: D. Carvajal

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Diana Carvajal M.
BANCO DE SANGRE
1312482886

Grupo: O+

Muestra Nº: I15567
Fecha: 17/08/2023

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

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71371

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA [redacted] **No. SOLICITUD:** 0027327 [redacted] **FECHA PEDIDO** 17/08/2023 [redacted]

DATOS DEL PACIENTE: [redacted]

PACIENTE:	CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA			H.CLINICA: 317547	CEDULA:
FECHA DE NACIMIENTO:	07/01/1978	EDAD:	45 años, 7 meses, 3 dias	SERVICIO:	02 HS. CIRUGIA
GRUPO SANGUÍNEO:	**O +**	GENERO:	FEMENINO	DIAGNOSTICO:	C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES: [redacted] **No. MUESTRA:** [redacted] 115567 [redacted]

GRUPO SANGUÍNEO:	O POSITIVO	Du:	COOMBS DIRECTO:	POSITIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:			COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	DIANA CARVAJAL
FENOTIPO:	C+,E+,c+,e+,K-,		ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:		

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS: [redacted]

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302539	GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	O+	258 mL	Negativo	25/08/023	COMPATIBLE	17/08/2023	17/08/2023	21:50:59
772302385	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	300 mL	Negativo	25/08/023	COMPATIBLE	17/08/2023	17/08/2023	21:50:59

OBSERVACIONES:

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal M. BANCO DE SANGRE C.I.: 1312482886	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Matute ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA C.I.: 0103005665
Servicio de Medicina Transfusional	Lider de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 17/08/2023 - 21:52

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027327

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 17 | 8 | 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 17 | 8 | 2023 HORA: 21 | 50
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 02 HS. CIRUGIA SALA: 02 HS. CIRUGIA CAMA: 115
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547
FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 60 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA C00-D48+ CÓDIGO CIE 10: D63.0
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [ ] NO [X] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES:

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
	4	CGRL	O+	772302385	300	25/08/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	
	4	CGRI	O+	772302539	258	25/08/2023							

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2

Entregado por: Sofia Paredes Fecha y Hora: AUG 18 '23 7:00
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal M. BANCO DE SANGRE C.I. 1716482886 Fecha y Hora: AUG 18 '23 7:00
Desechado por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal M. BANCO DE SANGRE C.I. 1716482886 Fecha y Hora: AUG 18 '23 7:00

...ONENTES TRANSFUNDIDOS: 2, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR: DIANA CARVAJAL FECHA: 17/08/2023 HORA: 21:50 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal M. BANCO DE SANGRE C.I. 1716482886
TRANSPORTADO POR: Sofia Paredes FECHA: 17/08/2023 HORA: 22:10 FIRMA: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Andrea Arcos ENFERMERA C.I. 0401539242
RECIBIDO POR: A Arcos FECHA: 17/08/2023 HORA: 22:00 FIRMA: A Arcos

Revisado Por:
SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora ... ESPECIALISTA ... C.I.: 01...

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
22:15	772302539	Intravenosa	# 20	122/76	127/69	125/72	36.9°	36.7°	36.7°	110x'	103x'	106x'	20x'	20x'	20x'	00:15	2h.	258ml		✓
00:20	772302385	Intravenosa	# 20	123/72	125/73	131/73	36.7°	36.8°	37°	106x'	107x'	102x'	20x'	20x'	20x'	02:20	2h.	300ml		✓

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clinica 317647 Unidad 772302539
Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGRI
Grupo:O+
Muestra: I15667 ORDEN 71371
Servicio: 02 HS. CIRUGIA
Compatibiliza: #HComSMT
Fecha compatibilidad: 17/08/2023 - 21:17
Enviado por: DIANA CARVAJAL
Fecha Envio: 17/08/2023 - 21:50
COMPATIBLE

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clinica 317647 Unidad 772302385
Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGRI
Grupo:O+
Muestra: I15667 ORDEN 71371
Servicio: 02 HS. CIRUGIA
Compatibiliza: #HComSMT
Fecha compatibilidad: 17/08/2023 - 21:17
Enviado por: DIANA CARVAJAL
Fecha Envio: 17/08/2023 - 21:50
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	☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐
OTRO (ESPECIFICAR)	☐										

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI ☐	NO ☐	Nº DE GESTACIONES: ☐	Nº DE PARTOS: ☐	Nº DE ABORTOS: ☐
VTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI ☐	NO ☐			
MPROMISO INMUNOLÓGICO	SI ☐	NO ☐			

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVU _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT: DIANA CARVAJAL
CÓDIGO PROFESIONAL: 1312482888
FIRMA Y SELLO

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Diana Carvajal
BANCO DE SANGRE
C.I. 1312482888

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Andrea Arcos
ENFERMERA
CI. 0401519242
CÓDIGO PROFESIONAL: A.ARCOS
FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Andrea Arcos
ENFERMERA
CI. 0401519242
CÓDIGO PROFESIONAL: A.ARCOS
FIRMA Y SELLO

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA — **No. SOLICITUD: 0027333** — No. ORDEN: 71402

DATOS DEL PACIENTE — **FECHA PEDIDO 20/08/2023**

PACIENTE: CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA
FECHA DE NACIMIENTO: 07/01/1978
EDAD: 45 años, 7 meses, 6 días
H.CLINICA: 317547
CEDULA:
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**
GENERO: FEMENINO
SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
DIAGNOSTICO: C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du:
SUBGRUPO:
FENOTIPO: C+,E+,c+,e+,K-,
COOMBS DIRECTO: POSITIVO
COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:
No. MUESTRA: 115584
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS: KARINA LLONGO

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302503	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	272 mL	Negativo	13/09/023	COMPATIBLE	20/08/2023	20/08/2023	4:17:59
772302499	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	237 mL	Negativo	13/09/023	COMPATIBLE	20/08/2023	20/08/2023	4:17:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresion: 20/08/2023 - 4:19

Ministerio de Salud Pública

S LCA NÚCLEO DE QUITO

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

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 21 08 2023 HORA: 13 15 SOLICITUD: Nº 0027337

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Caiza Pilamunga Rosa Elvira SERVICIO: Oncología SALA: 115 CAMA: B

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 0201560802 | 317547

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 1/07/1978 EDAD: 45 SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg): 60,9

DIAGNÓSTICO CIE 10: Carcinoma exocrino de Cervix CÓDIGO CIE 10: C53

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad Neoplasica CÓDIGO CIE 10: D63.0

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:	[ ]	JUBILADO:	[ ]	CLÍNICO:	[X]	EMERGENCIA (5min.):	[ ]
SEGURO ISSPOL:	[ ]	NO APORTA:	[ ]	QUIRÚRGICO:	[ ]	URGENCIA (15min.):	[ ]
IESS SEGURO GENERAL:	[X]	SEGURO PRIVADO:	[ ]	NEONATOLÓGICO:	[ ]	RUTINA (45min.):	[X]
IESS SEGURO VOLUNTARIO:	[ ]	SEGURO INDIRECTO:	[ ]	GINECO-OBSTÉTRICO:	[ ]	ALISTAR:	[ ]
IESS SEGURO CAMPESINO:	[ ]					FECHA: [redacted]	HORA: [redacted]

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [X] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 7,1 HEMATOCRITO: 21,3 PLAQUETAS: 269000 TP: [ ] TTP: [ ] GRUPO ABO/RH: O RH +

OTROS:

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		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	uno	PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
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:			

AUG 21 '23 14:03

AUG 21 '23 15:21

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: Ricardo Casillas Flores

C.I.: 1723586424

FIRMA:

SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dr. Ricardo Casillas MEDICO RESIDENTE C.I.: 1723586424

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 21/08/2023 HORA: 13h45 RESPONSABLE: Lic. G. Acero Lcda. Gabriela Acero Q. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO 1717529875 SOLCA NÚCLEO DE QUITO

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 21/08/2023 HORA: 14h03 RESPONSABLE: Lcda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLÍNICA MSP. 1005-2019-2105038 C.I. 1719346254

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pcl: CAIZA PILAMUNGA, ROSA ELVIRA
Servicio 04 HS ONCOLOGIA CLINICA Clínica 317547
ORDEN 71412

Grupo: O+

Muestra Nº: I15592
Fecha: 21/08/2023

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

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLCA NÚCLEO DE QUITO BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71412

ORDÉN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA | **No. SOLICITUD: 0027337** | **FECHA PEDIDO 21/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: CAIZA PILAMUNGA ROSA ELVIRA
H.CLINICA: 317547
CEDULA:
FECHA DE NACIMIENTO: 07/01/1978
EDAD: 45 años, 7 meses, 7 dias
SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C53 TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES — No. MUESTRA: 115592

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du:
SUBGRUPO:
FENOTIPO: C+,E+,c+,e+,K-,
COOMBS DIRECTO: POSITIVO
COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS: ESTEFANIA MORILLO

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302522	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	O+	290 mL	Negativo	15/09/023	COMPATIBLE	21/08/2023	21/08/2023	15:12:59

OBSERVACIONES:

Lcda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLÍNICA MSP. 1003-2019-2 C.I. 1719340237

Responsable

Servicio de Medicina Transfusional

Revisado por

SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Matute ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0100366665

Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresion: 21/08/2023 15:13

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACION DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027337

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 21 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 21 8 2023 HORA: 15 12
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA SERVICIO: 04 HS. ONCOLOGIA CLINICA SALA: HS. ONCOLOGIA CLIN CAMA: 115 B
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 317547
FECHA DE NACIMIENTO: 01/07/1978 EDAD: 45 Años SEXO: H: [ ] M: [X] PESO (Kg.): 60,9 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO CÓDIGO CIE 10: C53
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ALFA TALASEMIA CÓDIGO CIE 10: D56.0
TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRL 3,CGRI 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRREGULAR
		CGRL	O+	772302522	290	15/09/2023	O +		C+,c+,E+,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: Fecha y Hora: AUG 21 '23 22:46
Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969 Fecha y Hora:
Desechado por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969 Fecha y Hora: AUG 21 '23 22:46

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 5, DONACIONES DE REPOSICION: 0

ENVIADO POR:	ESTEFANIA MORILLO	FECHA:	21/08/2023	HORA:	15:12	FIRMA:	Lcda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLINICA MSP. 1005-2019-2105038 C.I. 1719346254
TRANSPORTADO POR:	Alex Ulco	FECHA:	21/08/2023	HORA:	15:21	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	G. Acero Enf.	FECHA:	21/08/2023	HORA:	15:35	FIRMA:	Lcda. Gabriela Acero Q. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zam[illegible]
ESPECIALISTA [illegible]
C.I.: 0[illegible]

D EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSION	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATETER UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)			TEMPERATURA C°			FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)			FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)			HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (CC)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
16h00	772302522	IV	18	111/71	112/71	113/81	36,7°C	36,8°C	36,8°C	99x'	102x'	109x'	18x'	18x'	19x'	19h00	3h.	272		Y

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: ROSA ELVIRA CAIZA PILAMUNGA
Historia Clinica 317647 Unidad: 772302522
Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGRL
Grupo:O+
Muestra: 115592 ORDEN 71412
Servicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA
Competibiliza: #HComSMT
Fecha compatibilidad: 21/08/2023 - 16 01
Enviado por: ESTEFANIA MORILLO
Fecha Envio 21/08/2023 - 16 12
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	☐	GULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐
OTRO (ESPECIFICAR)	☐										

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI ☐	NO ☐	Nº DE GESTACIONES: ☐	Nº DE PARTOS: ☐	Nº DE ABORTOS: ☐
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI ☐	NO ☐			
OMPROMISO INMUNOLÓGICO	SI ☐	NO ☐			

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
ESTEFANIA MORILLO	Lic. G. Acero/enf	Lic. G. Acero/enf.
CÓDIGO PROFESIONAL: Lcda. Estefanía Morillo A. LABORATORISTA CLÍNICA MSP. 1005-2019-2103038 C.I. 1719346254	CÓDIGO PROFESIONAL: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcda. Gabriela Acero Q. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO C.I.: 1717525875	CÓDIGO PROFESIONAL: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lcda. Gabriela Acero Q.
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

0