

FECHA DE SOLICITUD: 04 08 2023

HORA: 10 30

SOLICITUD: N° 0028299

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: MOREJON MUÑOZ AIDA AMANDA SERVICIO: CIRUGIA SALA: 115 CAMA: A.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1209171829/276368

NACIONALIDAD: ECUATORIANA FECHA DE NACIMIENTO: 13/01/1977 EDAD: 47 SEXO: H: ☐ M: ☒ PESO (Kg): 89.3

DIAGNÓSTICO CIE 10: CARCINOMA ductal de mama CÓDIGO CIE 10: C79.8

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia poshemorrágica CÓDIGO CIE 10: D62.

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: 9.1 HEMATOCRITO: 28.2 PLAQUETAS: 339000 TP: 10.7 TTP: 31.4 GRUPO ABO/RH: ABH +

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 PLAQUETAS POR AFÉRESIS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			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: ANDREA SALOME CARRERA ANDRADE FIRMA: [Firma]

C.I.: 1723258073

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 04/08/2023 HORA: 12:00 RESPONSABLE: Lic. Gabriela Acero Q. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO C.I.: 1717525375

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 04/08/23 HORA: 12:22 RESPONSABLE: E. García Lic. BA

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

Muestra N°: 115482 Fecha: 04/08/2023

