

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA

No. SOLICITUD: 0027781

FECHA PEDIDO: 2/08/2023

No. ORDEN:

71275

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: ANRRANGO CALDERON IAN JOSUE

FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021

GRUPO SANGUÍNEO: **O+**

EDAD: 7 años, 3 meses, 29 días
GENERO: MASCULINO

H.CLINICA:	311095
SERV.CIO:	08 HS, TERAPIA INTENSIVA
DIAGNOSTICO:	

D46 SINDROMES MIELODISPLASICOS.

CEDULA: 1760683084

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO Du:

SUBGRUPO:

FENOTIPO: C+,E-,C-,e+,K-

COOMBS DIRECTO:
COOMBS INDIRECTO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

NEGATIVO
NEGATIVO

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

ERIKA MIRANDA

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]

OBSERVACIONES:



Responsible

Revisado por

SOLGA MUNICIPIO DE OLATTA

7

1000

Dr. Marcela Amorim
Especialista em Neuropsicologia

3969

ESPECIALISTA EN HISTORIOLOGIA

Servicio de Medicina Transfusional

Lider de Banco de Sonere



Ministerio de Salud Pública

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



Dona
sangre

N° 0027781

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 12 8 2023 HORA: 10 46
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 12 8 2023 HORA: 10 46
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ EMERGENCIA 15 min: ☐

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: IAN JOSUE ANRRANGO CALDERON SERVICIO: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA SALA: HS. TERAPIA INTENS CAMA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: 1760683084
FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021 EDAD: 2 Años SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (kg.): 10.9 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: SINDROMES MIELODISPLÁSICOS CÓDIGO CIE 10: D46
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: PURPURA Y OTRAS AFECIONES HEMORRÁGICAS CÓDIGO CIE 10: D69
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO

INSPECCIÓN	T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa
		CPAF - AD	A+	772302552	100	15/08/2023

DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR

IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	PRUEBAS CRUZADAS	COOMBS DIRECTO	FENOTIPO RH	SUBGRUPO ABO	GRUPO ABO/RH	COMPATIBLE, NEGATIVO	NEGATIVO
						O +		

TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por:

Fecha y Hora:

Recibido por:

Fecha y Hora:

Desechado por:

Fecha y Hora:

NENTES TRANSFUNDIDOS: 24, DONACIONES DE REPOSICION: 1

ENVIADO POR:

SANDRA ORMAZA

FECHA:

12/08/2023

HORA: 10:46

FIRMA:

TRANSPORTADO POR:

F. GARCIA

FECHA:

12/08/2023

HORA: 10:46

FIRMA:

RECIBIDO POR:

Juliana

FECHA:

12/08/2023

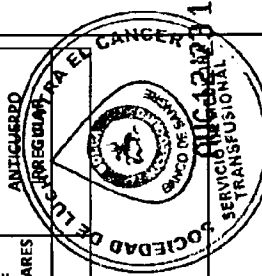
HORA: 11:48

FIRMA:

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Simón Matos
Especialista en Hematología
C.I.: 0601000005

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Sandra Ormaza
Especialista en Hematología
C.I.: 2200105082



1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
 Dr. IAN JOSUE ANRANGO CALDERON
 Unidad: 77230252
 Hemocomponente: CPAF
 Grupo: A+
 O+
 G-Grupo y Factor
 Muestra: 115624
 Servicio: 08 HS
 THERAPIA INTENSIVA
 ORDEN: 71275
 Competibiliza
 Fecha compatible:
 SANDRA ORMAZA
 Enviado por 12/09/2013 - 10:46
 Fecha Envio

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>	NAUSEA	<input type="checkbox"/>	URTIARIA	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSION	<input type="checkbox"/>	HIPOENSION	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>		
EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>				
EDEMA INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>						

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
SI	<input type="text"/>	SI	<input type="text"/>	SI	<input type="text"/>
NO	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

CAUSA:	TEMPERATURA:	FECHA:	HORA:
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	FIRMA:		
RECIBIDO POR:	FIRMA:		
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI	FIRMA:		

[illegible]



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



Dona
sangre

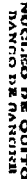
FECHA DE SOLICITUD: 11/08/2023		HORA: 11:00		SOLICITUD: Nº 0027778	
1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)					
APELLIDOS Y NOMBRES: Anrrango Calderon Ian Josue		SERVICIO: UCLP	SALA: A	CAMA: 03	
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X]		PASAPORTE: [X]	HISTORIA CLÍNICA: [X]		FORMULARIO DE EMERGENCIA: 1760683084/311095
NACIONALIDAD: ecuatoriano		FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021	EDAD: 2 años	SEXO: [X] M: []	PESO (kg): 10,9 kg
DIAGNÓSTICO CIE 10: Síndrome mielodisplásico con mielofibrosis		CÓDIGO CIE 10: D46,9			
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia por enfermedad neoplásica		CÓDIGO CIE 10: D63			
2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES					
AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE			
SEGURO ISSFA: []		CLÍNICO: [X]	EMERGENCIA (5min): []		
SEGURO ISPOL: []		QUIRÚRGICO: []	URGENCIA (15min): [X]		
SEGURO PRIVADO: [X]		NEONATOLÓGICO: []	ROUTINA (45min): []		
SEGURO VOLUNTARIO: []		GINECO-OBSTÉTRICO: []	ALISTAR: []		
SEGURO CAMPEÑO: []		FECHA: [] HORA: []			
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES					
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [X] NO []		3-5 MESES: []	8-8 MESES: []	9-12 MESES: []	>12 MESES: []
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: []					
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [] NO [X]					
HEMOGLOBINA: 7,2		HEMATOCRITO: 23,1	PLAQUETAS: 26.000	TP: 10,9	ITP: 37,5
OTROS: []		GRUPO ABOIRH: O+			
4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS					
COMPONENTE SANGÜÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CORE	1	uno (163)	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CORSCLP			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLP			PLASMA REFRIGERADO	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO:	
5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS 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. 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 SANGÜÍNEO					
NOMBRES Y APELLIDOS: María Belén Torres Moscoso		FIRMA: []			
C.I.: 1716637853		SOLCA NÚCLEO DE QUITO			
FECHA: 11/08/2023		Dra. María Belén Torres			
HORA: 11:05		MÉDICO RESIDENTE			
RESPONSABLE: []		C.I.: 1716637853			
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA					
RESPONSABLE: []		FIRMA: []			
FECHA: 11/08/23		HORA: 11:21			
RESPONSABLE: []		C.I.: 18043645198			
8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD					
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVIDOR DE MEDICINA TRANSFUSIONAL					
SOLCA NÚCLEO DE QUITO					
Lic. Erika Miranda					
C.I.: 18043645198					
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS					
MSP/DNEAIS-FOR-08-31CS-06-01-2016					

Grupo: O+

Muestra No: 115524
Fecha: 11/08/2023

AUG 11 '23 14:21

AUG 11 '23 12:31



NO. ORDER: 71272

FECHA PEDIDO 11/08/2023

CEDULA: 1760685084

NO. MUESTRA: 1155

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS

ERIKA MIRANDA

[illegible]

OBSERVACIONES: **10:06:36 04.719 40302**

Revisado por

Servicio de Medicina Transfusional

Líder de Banco de Sangre



Ministerio
de Salud Pública

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

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

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES
TRANSFUNDIDOS



N° 0027778

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

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 11 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 11 8 2023
PRIORITY DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

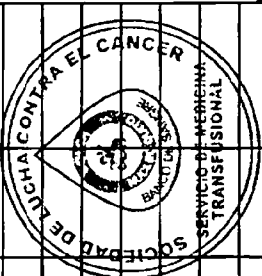
NOMBRES Y APELLIDOS: IAN JOSUE ANRRANGO CALDERON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1760683084
FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021
EDAD: 2 Años
SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (Kg.): 10,9
GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: SÍNDROME MIELODISPLÁSICO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS CLÁSIFIC
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSA TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CPl 5, CGRL 5, CPAL 1, CGRL 5, CPF 6, PCPl 1,

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO				DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR			
INSPECCIÓN	T/C COMPONENTE SANGUÍNEOS	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO
X	4	CGRL	772302410	275	28/08/2023	O +	NEGATIVO

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1



Entregado por: Angelica J.

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Banco de Sangre
C.I. 0401449665

Recibido por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Banco de Sangre
C.I. 0401449665

Desechado por:

Fecha y Hora:

Fecha y Hora:

Fecha y Hora:

AUG 11 '23 19:25

AUG 11 '23 19:25

AUG 11 '23 19:25

2. DONACIONES DE REPOSICIÓN: 1

ENVIADO POR: ERIKA MIRANDA
TRANSPORTADO POR: F. ASTRO
RECIBIDO POR: F. ASTRO
FECHA: 11/08/2023
HORA: 12:06
FIRMA: [Firma]

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zúñiga Matur
Especialista en Hematología
C.I. 0401449665

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: IAN JOSUE ANRRANGO CALDERON
Historia Clínica 311056
Unidad 772302410
Grupo y Factor: O +
Muestra: 116624
Servicio: 08 HS TERAPIA INTENSIVA
Compatibiliza: ERIKA MIRANDA
Fecha compatibiliza: 11/08/2023 - 12:06
Enviado por: ERIKA MIRANDA
Fecha Envío: 11/08/2023 - 12:06

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Lic. Erika Miranda

BANCO DE SANGRE

C.I. 0401449665

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Banco de Sangre
C.I. 0401449665

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

[illegible]

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

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

DURANTE LA TRANSFUSIÓN:

HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

1111

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HIPOERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NÁUSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSION	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISEÑA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<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

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

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL	_____	CÓDIGO:	_____
CAUSA:	_____	TEMPERATURA:	_____
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	_____	FIRMA:	_____
RECIBIDO POR:	_____	FIRMA:	_____
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA	_____	FIRMA:	_____
		FECHA:	_____
		HORA:	_____

RESPONSABLE DEL SMT: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO
ERIKA MIRANDA SOLCA SUTAGUANO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198	Erika SOLCA SUTAGUANO DE QUITO Lic. Luis Zambrano BANCO DE SANGRE C.I.: 0202483324	Erika SOLCA SUTAGUANO DE QUITO Lic. Luis Zambrano BANCO DE SANGRE C.I.: 0202483324

Nº 0027785

FECHA DE SOLICITUD: 13 09 2023

HORA: 06 47

SOLICITUD:

APELLIDOS Y NOMBRES: Anrango Calderon Jan Josue

SERVICIO: UCIP

SALA: A

CAMA: 03

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1760683084 / 311095

NACIONALIDAD: Ecuatoriano

FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2024

EDAD: 2 años

SEXO: ☒ M: ☐ F

PESO (Kg): 10,9 kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Síndrome mielodisplásico con mielofibrosis

CÓDIGO CIE 10: D46.9

CÓDIGO CIE 10: D68.9

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trastorno de la coagulación sin especificar

PRIORIDAD DE LA SOLICITUD

AFILIADO A: ☐ JUBILADO: ☐ ☐ NO APORTA: ☐ ☐ NO
☐ SEGURO ISSPOL: ☐ ☐ NO APORTA: ☐ ☐ NO
☒ IESS SEGURO GENERAL: ☐ ☐ SEGURO PRIVADO: ☐ ☐ NO
☐ IESS SEGURO VOLUNTARIO: ☐ ☐ SEGURO INDIRECTO: ☐ ☐ NO
☐ IESS SEGURO CAMPESINO: ☐ ☐ SEGURO INDIRECTO: ☐ ☐ NO

EMERGENCIA (5min.): ☐
URGENCIA (15min.): ☐
ROUTINA (45min.): ☒
ALISTAR: ☐
FECHA: ☐

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: ☐ < 2 MESES ☒ 3-5 MESES ☐ 6-9 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ > 12 MESES ☐

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HEMOGLOBINA: 8,6

HEMATOCRITO: 25,9

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

OTROS: ☐

PLAQUETAS: 36 000

TTT: 46,7

GRUPO ABORRH: O+

AUG 13 '23 8:12

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.

NOMBRES Y APELLIDOS: María Belén Torres Moscoso

C.I.: 1716637853

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

FECHA: 13/09/23

HORA: 7:27

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

RESPONSABLE: Lic. Veronica Torres Moscoso

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. María Belén Torres Moscoso

MEDICO RESIDENTE

C.I.: 1716637853

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pdt: ANRRANGO CALDERON, JAN JOSUE
SERVICIO DE HS TERAPIA INTENSIVACINICA 311096
ORDEN: 71279



Grupo: O+

Muestra N°: 115524

Fecha: 11/08/2023



NO. ORDEN: 71279

FILE NO. SOLICITUD: 00277853

FECHA PEDIDO 13/08/2023

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA

PACIENTE: ANRRANGO CALDERON IAN JOSUE

FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021

+ O

EDAD: 2 años, 3 meses, 30 días

GENERO: MASCULINO

H.CLINICA:	311095
SERVICIO:	08 HS. TERAPIA INTENSIVA
DIAGNOSTICO:	D46.9 SINDROME MIELOD

D46.9 SINDROME MIELODISPLASICO, SIN OTRA ESPECIFICACION

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

GRUPO SANGUÍNEO:	O POSITIVO	Du:
------------------	------------	-----

COOMBS DIRECTO:

→SUBGRUPO:

COOMBS INDIRECTO

NEGATIVO
NEGATIVO

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

ERIKA MIRANDA

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

[illegible]**OBSERVACIONES:**

7-11-68
MILITARY
11-11-68

Responsable

Revisado por

SOLCA NÚCLEO DE QUITA
Lic. Verbena Ruiz

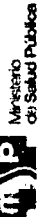
BANCOS DE SANGRE
MSP. Libre Est.

Servicio de Medicina Transfusional

SOLCA NUCLEO DE QUITO.
Dra. Marcela Zamora Maitate

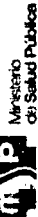
~~ESPECIAL AGENT IN CHARGE~~
~~CL: 06090605~~

Líder de Banco de Sangre



PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

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



Ministerio
de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES
TRANSFUNDIDOS

Dona
sangre

N° 0027785

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 13 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 13 8 2023
PRIORITY DE DESPACHO: ALISTAR: ☐ RUTINA 45 min: ☒ URGENCIA 15 min: ☐ EMERGENCIA 5 min: ☐

NOMBRES Y APELLIDOS: IAN JOSUE ANRRANGO CALDERON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 1760683084
FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/2021
EDAD: 2 Años
SEXO: H: ☒ M: ☐ PESO (kg.): ☐
DIAGNÓSTICO CIE 10: SINDROME MIELODISPLÁSICO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: DEFECTO DE LA COAGULACIÓN, NO ESPECÍFICA
TRANSFUSIONES ANTERIORES: ☒ NO ☐ REACCIONES ADVERSA TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CPI 5, CGRL 6, CPAF 1, CPAI 1, CGRI 5, CPF 6, PCPI 1.

1.2 COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO				DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR			
INSPECCIÓN	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO
18	PFC	O+	772301211	150	26/03/2024	O+	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: lexdo Caez

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Redibido por: Lic. Verónica Pujota M.

BANCO DE SANGRE

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Desechado por: Verónica Pujota M.

BANCO DE SANGRE

ASPI: LIBRO FOLIO No. 14

Fecha y Hora:

Fecha y Hora:

Fecha y Hora:

AUG 13 '23 18:56

AUG 13 '23 18:56

NENTES TRANSFUNDIDOS: 25, DONACIONES DE REPOSICION: 1 SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Lic. Verónica Pujota M.

BANCO DE SANGRE

ASPI: LIBRO FOLIO No. 14

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

FIRMA: [Firma]

HORA: 8:00

HORA: 8:00

HORA: 08:00

FECHA: 13/08/2023

FECHA: 13/08/2023

FECHA: 13/08/2023

Medicina Transfusional SOLCA QUITO

Pt: IAN JOSUE ANRRANGO CALDERON

Historia Clínica: 311096

Unidad: 772301211

Grupo y Factor: O+

Grupo: O+

Muestra: 115524

Servicio: 03 HS. TERAPIA INTENSIVA

Orden: 71279

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Dra. Mariana Zúñiga

ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA

C.I.: 0610306665

Envío por: VERÓNICA PUJOTA

Fecha Envío: 13/08/2023 - 08:00

NO REALIZADA

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lic. Elena Pujota A.
ENFERMERA CUIDADO CRÍTICO
MSP: Libro 12 Folio 125 N 336

1.4.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

[illegible]

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:	
ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	FIEBRE	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>
DISENEA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>				
2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS					
				HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
				HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
				ICTERICIA	<input type="checkbox"/>
				NÁUSEA	<input type="checkbox"/>
				SHOCK	<input type="checkbox"/>
				SEROCONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>
				TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
				URTICARIA	<input type="checkbox"/>
				VÓMITO	<input type="checkbox"/>

2.2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

	Nº DE GESTACIONES:		Nº DE PARTOS:		Nº DE ABORTOS:	
NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
NTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
APROMISO INMUNOLÓGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL	CÓDIGO:	FECHA:	HORA:
CAUSA:	TEMPERATURA:		
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPON	FIRMA:		
RECIBIDO POR:	FIRMA:		
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANC	FIRMA:		

RESPONSABLE DEL SMT:	VERONICA PUJOTA	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
CÓDIGO PROFESIONAL:	1231769766	CÓDIGO PROFESIONAL:	
FIRMA Y SELLO	<p><u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> <u>Lic. Verónica Pujota M.</u> <u>BANCO DE SANGRE</u> <u>MSP- LIBRO-6 FOLIO-5 No. 14</u></p>	<p><u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> <u>Lic. Elena Pujota A.</u> <u>INTERMERA CONSULTORIOS</u> <u>Mp. L. No 12 Folio 12. 4. 316</u></p>	<p><u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> <u>Lic. Elena Pujota A.</u> <u>INTERMERA CONSULTORIOS</u> <u>Mp. L. No 12 Folio 12. 4. 316</u></p>