



NÚCLEO DE QUINTO

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

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

SOLO CANJICI EQ QUITO UNICÓDIGO 035951

SOICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



**Donde
sangre**

FECHA DE SOLICITUD:

-13- 08 2023

HORA: 20 30

SOLICITUD: 0028593

APELLIDOS Y NOMBRES: ORTEGA OROÑOZ JHONATAN RAFAEL SERVICIO: Cirujía SALA: 102 CAMA: B
 DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ N° DE IDENTIFICACIÓN: 900390897
 NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/1986 EDAD: 37 SEXO: ☒ M: ☐ PESO (KG): 70.7
 DIAGNÓSTICO CIE 10: Tumor maligno de los huesos (agosto del miembro inferior. CÓDIGO CIE 10: C40.2
 MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Aguenta un brazo infectado con el otro. CÓDIGO CIE 10: D638

SEGURO ISBFA:	<input type="checkbox"/>	JUBILADO:	<input type="checkbox"/>	CLINICO:	<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA (5min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO ISBOL:	<input type="checkbox"/>	NO APORTA:	<input type="checkbox"/>	QUIRURGICO:	<input type="checkbox"/>	URGENCIA (15min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO GENERAL:	<input checked="" type="checkbox"/>	SEGURO PRIVADO:	<input type="checkbox"/>	NEONATOLÓGICO:	<input type="checkbox"/>	RUTINA (45min.):	<input type="checkbox"/>
SEGURO VOLUNTARIO:	<input type="checkbox"/>	SEGURO INDIRECTO:	<input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTÉTRICO:	<input type="checkbox"/>	ALISTIAR:	<input checked="" type="checkbox"/>
SEGURO CAMPESINO:	<input type="checkbox"/>					FECHA:	5/12/02 12:23
AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE:		HORA:	
						5:13:30	
PROPIEDAD DE LA SOLICITUD:							

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR:	
	< 2 MESES
	3-6 MESES
	6-12 MESES
	>12 MESES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: ☐ SI ☐ NO

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: [13.3] HEMATOCRITO: [41.7] PLACUETAS: [338000] TP: [10.39]

GRUPO SANGUÍNEO: [O Rh (+)]

OTROS: _____

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	CÓDIGO COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CP		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRESCLP	2	das	CPL		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PFC		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRP			CRIO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP-SCLP			PR		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPL			SR		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRI					
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS						

Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente
manera urgente / emergente el (los) componente(s) sanguíneo(s) antes descrito(s), acepto que este componente sea enviado únicamente con la designación 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, así los mismos una vez se hayan concluido.

1. NOMBRE Y APELLIDOS: JOSE ANTONIO GARCIA
2. DERECHO: 13024
3. FECHA: 13/03/73
4. LUGAR: LA PAZ
5. DERECHO: 13024
6. DERECHO: 13024
7. DERECHO: 13024
8. DATOS DEL MEDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUINEO: DR. GARCIA
9. FIRMA: [Firma]
10. SELLO: BOCA MUERTA

Kevin Cornejo
722836412

Dr. Kevin Cornejo
MEDICO RESIDENTE
C.E.: 172836412

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE INVESTIGA SANGUINEA

FECHA:	13-08-2023	HORA:	22:00	RESPONSABLE:	Aliso Arevalo / cat	SOLICITA ROLLO DE LEIDA ALICIA JIMENA ENFERMERA C.I. 778125862
				PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL - 2. RECEPCION DE LA SOLICITUD		

FECHA:	13/08/23	HORA:	23:02	RESPONSABLE:	E. Miranda	SOLCA NUCLEO DE QUITO
				ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR VIDAS		
				Lic. Erika Miranda		
				C.I.: 1804645198		
				Muestra N°: 115532		
				Fecha: 13/08/2023		
				Grupo: O+		

NSP.DNEA18-FOR.08-31CS-06-01-2016

**PROJECT FOR THE OUTREACH
HANDS FOR HANDBS**

NO. ORDEN: 71288

**ORDEN DE DESPACHO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS
DATOS DEL PACIENTE**

PACIENTE: ORTIGA ORDÓÑEZ JHONATHAN RAFAEL

FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/1986

GRUPO SANGUÍNEO: **U +**

EDAD: 37 años, 1 mesar, 30 días
GÉNERO: MASCULINO

H. CLÍNICA:
SERVICIO:
DIAGNÓSTICO:

303616	CEDULA:
02 MS. CIRUGIA	
CAG. 2 TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR	

GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO

SUBGROUP:

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

COOMBS DIRECTO:
COOMBS INDIRECTO
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS

NEGATIVE
NEGATIVE

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS

ERIKA MIRANDA

[illegible]

CONSERVATION:

Responsible

SOLCA NÚCLEO DE CUITO
Lic. Erika Miranda
BANCO DE SANGRE
Cla. 1804645198

Servicio de Medicina Transfusional

Revised

DR. J. PRICE
ESPECIALIST
C.I. 6012-6666

Lider de Bancó de Sangre