

FECHA DE SOLICITUD: 10 08 2023 HORA: 13 10 SOLICITUD: Nº 0027194

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Almachi Carrera Lilian Leonora SERVICIO: Hematología SALA: 327 CAMA: 2
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☒ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☐ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐ Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1720347038-276119
NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1986 EDAD: 37 SEXO: ☒ Femenino PESO (kg): 54 kg
DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia Linfoblástica Aguda B Común C910 CÓDIGO CIE 10: C910
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica (D63) Trombocitopenia no específica (D696) CÓDIGO CIE 10: D63 - D696

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐ < DE 2 MESES ☒ 3-5 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ >12 MESES ☐
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒
HEMOGLOBINA: 8.5 HEMATOCRITO: 24.9 PLACUETAS: 14 000 TP: TTP: GRUPO ABO RH:
OTROS:
3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

COMPONENTE SANGÜÍNEO		4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS		COMPONENTE SANGÜÍNEO		NÚMERO		LETRAS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR		CGRE		CONCENTRADO DE PLACUETAS		CP		1	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRSCP		CONCENTRADO DE PLACUETAS POR AFERESIS		CPA		1	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDOS		CGRL		PLASMA FRESCO CONGELADO		PFC			
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS		CGRP		CROPRECIPITADO		CRO			
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCOPLAQUETARIA		CGRSCP		PLASMA REFRIGERADO		PR			
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA		CGRSCP		SANGRE RECONSTITUIDA		SR			
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS		CGRI		OTRO:					

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Yo, en calidad de médico prescriptor del paciente acepto que este componente sea enviado únicamente con la determinación de grupo sanguíneo y Rh, para 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 diligenciado.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Conday FIRMA:
C.I.:
FOLIO: 1005201923

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE NUESTRA SANGÜÍNEA

FECHA: 10/08/2023 HORA: 14:45 RESPONSABLE:
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA: 10/08/2023 HORA: 14:47 RESPONSABLE:
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA • RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD



**ÓCIEO DE QUITO
BANCO DE PAÑORR**

No. SOLICITUD: 0027194

CELLIN A:

33

EDAD: 36 años, 9 meses, 27 días

DIAGNOSTICO:

10

CONDICIONES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

NEGATIVO

ALVIN KARPIS

1

[illegible]**RESULTADO P.C.**

COMPATIBLE

COMPATIBLE

1

1

1

1000

1

1

1

1

1131

1000

1

1

indonesia

11

Matte
DLOGIA

865

Page 10 of 10

Banco de São Paulo

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

N° 0027194



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

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 10 8 2023 HORA: 15 36
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 10 8 2023 URGENCIA 15 min: 2 EMERGENCIA 5 min: 1
PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: 1 RUTINA 45 min: 1

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LILIAN LEONORA ALMACHI CARRERA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN/CÉDULA DE IDENTIDAD: 17207242038
FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1986 EDAD: 37 años SEXO: F PESO (kg.): 54 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFOLASTICA AGUDA
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS CLASIFIC
TRANSFUSIONES ANTERIORES: X NO REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO X
HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CPAF 1, PCP 1, SALA: 4S. ONCOLOGIA CLIN CAMA: 3272
N° DE IDENTIFICACIÓN: 17207242038
CÓDIGO CIE 10: C91.0
CÓDIGO CIE 10: D53

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+	772302363	240	24/08/2023	O +		C ⁺ -c ⁺ -E ⁺ -e ⁺ -K ⁺	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	
		CPAF - AO	O+	772302550	215	15/08/2023	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2						
							Entregado por: <u>Diana Salazar</u> Fecha y Hora: <u>AUG 10 2023 15:36</u>						
							Recibido por: <u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> <u>Lic. Veronica Pujata M.</u> Fecha y Hora: <u>AUG 10 2023 15:36</u>						
							Desechado por: <u>SOLCA NÚCLEO DE QUITO</u> <u>Lic. Veronica Pujata M.</u> Fecha y Hora: <u>AUG 10 2023 15:36</u>						
							DONANTES TRANSFUNDIDOS: 4; DONACIONES DE REPOSICION: 0						
							SOLCA NÚCLEO DE QUITO						

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD TRANSFUSION
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 TRANSFUSION	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pasa a la sección 2)	NO (pasa a la sección 4)
16:30	777302550	CVC	21	95/60	97/62	98/61	36.6	36.6	36.5	88x'	72x'	68x'	18x'	15x'	18x'	16:45	15'	200		X
17:15	777302363	CVC	21	98/61	96/63	102/70	36.5	36.6	36.6	68x'	65x'	73x'	18x'	18x'	18x'	19:15	2h	220		X
MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO																				
Pct: LILIAN LEONORA ALMACHI CARRERA																				
Historia Clínica: 276119																				
Unidad: 772302550																				
Grupo y Factor: O+																				
Muestra: 116520																				
Servicio: 04 HS ONCOLOGIA CLINICA																				
Unidad: 71267																				
Compatibiliza: #HCOMSMT																				
Fecha compatibilidad: 10/08/2023 - 16:36																				
Enviado por: SIL VIA REMACHE																				
Fecha Envio: 10/08/2023 - 16:32																				
COMPATIBLE																				
NO REALIZADA																				

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

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

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	<input type="checkbox"/>	AGULACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	PIEBRE	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	NAÚSEA	<input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
DISEÑA	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<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

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

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

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

RESPONSABLE DEL SMT:	SILVIA REMACHE	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	<i>barf</i>	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	<i>lcmf</i>
----------------------	----------------	---	-------------	--	-------------

CÓDIGO PROFESIONAL:	0503351355	CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO	CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO
---------------------	------------	---------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

FIRMA Y SELLO	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Silvia Remache S. BANCO DE SANGRE	FIRMA Y SELLO	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Leticia Gallegos / JDTT ENFERMERO DE CUIDADO DIRECTO Cédula: 1750348342	FIRMA Y SELLO	SOLCA NÚCLEO DE QUITO ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO Cédula: 1750348342
---------------	--	---------------	--	---------------	---



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

327



Dono
sangre

FECHA DE SOLICITUD:

08/08/2023

HORA: 21:30

SOLICITUD:

Nº 0027817

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Almachi Camacho Lilian Leonora

SERVICIO: gyneco

SALA:

obstetricia

CAMA:

3

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: 2

PASAPORTE: 2

HISTORIA CLÍNICA: 5

FORMULARIO DE EMERGENCIA: 1

Nº DE IDENTIFICACIÓN:

172042038 / 216119

FECHA DE NACIMIENTO:

23-10-1986

NACIONALIDAD: Ecuatoriano

EDAD: 37

SEXO: Asv

H:

M:

2

PESO (kg):

52

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia mieloide aguda

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

H:

M:

2

PESO (kg):

52

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Tratamiento de Leucemia

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

H:

M:

2

PESO (kg):

52

AFILIADO A:

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

M:

2

PESO (kg):

52

SEGURO ISSFA:

☐

JUBILADO:

☐

NO AFORTA:

☐

SEGURO PRIVADO:

☐

SEGURO VOLUNTARIO:

☐

SEGURO CAMPESIÑO:

☐

CLÍNICO:

☐

QUIRÚRGICO:

☐

NEONATOLÓGICO:

☐

GINECO-OBSTÉTRICO:

☐

EMERGENCIA (5min):

☐

URGENCIA (15min):

☐

RUTINA (45min):

☐

ALISTAR:

☐

SEGURO ISSFA:

☐

JUBILADO:

☐

NO AFORTA:

☐

SEGURO PRIVADO:

☐

SEGURO VOLUNTARIO:

☐

SEGURO CAMPESIÑO:

☐

CLÍNICO:

☐

QUIRÚRGICO:

☐

NEONATOLÓGICO:

☐

GINECO-OBSTÉTRICO:

☐

EMERGENCIA (5min):

☐

URGENCIA (15min):

☐

RUTINA (45min):

☐

ALISTAR:

☐

SEGURO ISSFA:

☐

JUBILADO:

☐

NO AFORTA:

☐

SEGURO PRIVADO:

☐

SEGURO VOLUNTARIO:

☐

SEGURO CAMPESIÑO:

☐

CLÍNICO:

☐

QUIRÚRGICO:

☐

NEONATOLÓGICO:

☐

GINECO-OBSTÉTRICO:

☐

EMERGENCIA (5min):

☐

URGENCIA (15min):

☐

RUTINA (45min):

☐

ALISTAR:

☐

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: 2 DE 2 MESES

SI ☐ NO ☐

3-5 MESES ☐

6-8 MESES ☐

9-12 MESES ☐

>12 MESES ☐

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☐

HEMOGLOBINA: 101

HEMATOCRITO: 79,0%

PLAQUETAS: 1000

TP: 11

TP: 42

GRUPO ABO/RH

OTROS:

HEMOGLOBINA: 101

HEMATOCRITO: 79,0%

PLAQUETAS: 1000

TP: 11

TP: 42

GRUPO ABO/RH

OTROS:

HEMOGLOBINA: 101

HEMATOCRITO: 79,0%

PLAQUETAS: 1000

TP: 11

TP: 42

GRUPO ABO/RH

COMPONENTE SANGUÍNEO

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDOS

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCOREDUCIDOS

CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS

5. SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD EN PROCESO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

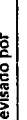
COMPONENTE SANGUÍNEO

COMPONENTE SANGUÍNEO

[illegible]

OBSERVACIONES:

Responsable	<p>43</p> <p>SOLCA NÚCLEO DE CUIDADO LIC. FERNANDA FARIAS</p>
Servicio de Medicina Transfusional	

Revisado por	 SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Marcela Gómez Maguere ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA C.I.: 0703096684
	Líder de Banco de Sangre

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO
REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

N° 0027817



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

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 8 8 2023
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS: 8 8 2023
PRIORITY DE DESPACHO: ALISTAR: RUTINA 45 min: X URGENCIA 15 min: EMERGENCIA 5 min: 21 47

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LILIAN LEONORA ALMACHI CARRERA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: X PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: FORMULARIO DE EMERGENCIA: N° DE IDENTIFICACIÓN: 1720742038
FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1986 EDAD: 37 AÑOS SEXO: H: M: X PESO (Kg.): 52 GRUPO ABO/RH: O +
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFÓIDE
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA
TRANSFUSIONES ANTERIORES: X NO REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO X
HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: PCP 1.

1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO							DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN	TIC	TIPO DE COMPONENTE SANGÜÍNEOS	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
X	21	CPAF - B0	O+	772302527	217	12/08/2023	O +		C+,Ct, E+,e+,K ₁				
							TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS: 1						
							Entregado por: <u>Marcos Ferrera</u> Fecha y Hora: <u> </u>						

ENVIADO POR: ERIKA MIRANDA
TRANSPORTADO POR: Esteban Cárdenas
RECIBIDO POR: Elizabet Pizarro
FECHA: 08/08/2023 HORA: 21:47 FIRMA: AB
FECHA: 08/08/2023 HORA: 23:00 FIRMA: EC
FECHA: 08/08/2023 HORA: 23:03 FIRMA: EC

Revisado Por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Marcela Zamora
Especialista en Hematología
C.I.: 31039000

1

NO REALIZADA

Enviado por: ERIKA MIRANDA
Fecha Envío: 08/08/2023 - 21:47

HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

Nº DE GESTACIONES:

Nº DE PARTOS:

Nº DE ABORTOS:

COMPROMISO INMUNOLÓGICO

código:

SPONSABILE DE HEMOVIGILANCI,

ADDIGO PROFESSIONAL: 1804645198



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 SANGÜÍNEOS



Donación
sangre

Nº 0027817

SOLICITUD:

HORA: 71 30

FECHA DE SOLICITUD: 08 05 2013

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Almaraz Canessa Vilavil Quenda SERVICIO: Emergencia SALA: 3 CAMA: 3
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: 2 PASAPORTE: 2 HISTORIA CLÍNICA: 2 FORMULARIO DE EMERGENCIA: 2 Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1720742038 / 236119
NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 23-12-1986 EDAD: 37 Años SEXO: M HI: 2 PESO (Kg): 52
DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia mieloide aguda CÓDIGO CIE 10: C91.0
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Tratamiento PRIORIDAD DE LA SOLICITUD: 0696

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

AFILIADO A: Seguro CLÍNICO: 2 EMERGENCIA (5min.): 2
SEGURO ISSFA: 2 QUIRÚRGICO: 2 URGENCIA (15min.): 2
SEGURO ISSPOL: 2 NEONATOLÓGICO: 2 RUTINA (45min.): 2
IESS SEGURO GENERAL: 2 GINECO-OBSTÉTRICO: 2 ALISTAR: 2
IESS SEGURO VOLUNTARIO: 2 FECHA: 23/12/2013 HORA: 11:30
IESS SEGURO CAMPESINO: 2

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI 2 NO 2 3-5 MESES 2 6-8 MESES 2 9-12 MESES 2 >12 MESES 2
TEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: 2 < DE 2 MESES 2
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI 2 NO 2

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS

HEMÓGLOBINA: 101 HEMATOCRITO: 79.0% PLAQUETAS: 1000 TP: 11 TTP: 47 GRUPO ABO/RH: 47
OTROS: 2

COMPONENTE SANGÜÍNEO		COMPONENTE SANGÜÍNEO		COMPONENTE SANGÜÍNEO		COMPONENTE SANGÜÍNEO	
NÚMERO	LETRAS	NÚMERO	LETRAS	NÚMERO	LETRAS	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSLP	CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO COMPLETO	CPA	CONCENTRADO DE PLASMA FRESCO COMPLETO	CPA
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	PLASMA FRESCO COMPLETO	PFC	PLASMA FRESCO COMPLETO	PFC
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP	CRIOPRECIPITADO	CRIO	CRIOPRECIPITADO	CRIO
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSLP	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSLP	PLASMA REFRIGERADO	PR	PLASMA REFRIGERADO	PR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL	SANGRE RECONSTITUIDA	SR	SANGRE RECONSTITUIDA	SR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI	CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI	OTRO:		OTRO:	

Yo, Dr. Ronald Patino, en calidad de médico prescriptor del paciente Almaraz Canessa Vilavil Quenda, 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.

136

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGÜÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dr. Ronald Patino FIRMA: [Firma] SELLO: SOLCA NÚCLEO DE QUITO
C.I.: 0704318807 RESPONSABLE: N/A Dr. Ronald Patino S.
7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA

FECHA: 08/08/2013 HORA: 21:36 RESPONSABLE: E. Aranda

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD SOLCA NÚCLEO DE QUITO
FECHA: 08/08/2013 HORA: 21:36 RESPONSABLE: E. Aranda

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

