



**SOLCA**  
Ministerio  
de Salud Pública  
NÚCLEO DE QUITO

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

**SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS**

**SOLICITUD: Nº 0028427**  
Donor sangre

FECHA DE SOLICITUD: 18/08/2023

HORA: 12:00

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)  
APELLIDOS Y NOMBRES: Betancourt Vera Dylan Jové  
SERVICIO: Oncohematología  
SALA: 209 B  
CAMA: 209 B  
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: ☐ PASAPORTE: ☐ HISTORIA CLÍNICA: ☒ FORMULARIO DE EMERGENCIA: ☐  
NACIONALIDAD: Ecuatoriano  
FECHA DE NACIMIENTO: 21/03/2013  
EDAD: 10 años  
SEXO: M  
PESO (kg): 27.3 kg  
DIAGNÓSTICO DE 10: Leucemia linfoblástica Aguda  
CÓDIGO DE 10: 91.0  
CÓDIGO DE 19: D64.9  
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anémico

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES  
CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE: ☒ CLÍNICO: ☒  
QUIRÚRGICO: ☐  
NEONATOLÓGICO: ☐  
ONCO-OBSTÉTRICO: ☐  
AFLIADO A: ☐ JURILADO: ☐  
NO AFORTA: ☐  
SEGURO PRIVADO: ☐  
SEGURO INCORRECTO: ☒  
SEGURO CAMPEÑO: ☐  
EMERGENCIA (Riesgo): ☐  
URGENCIA (15 min): ☒  
RUTINA (45 min): ☐  
ALISTAR: ☐  
FECHA: ☐  
HORA: ☐

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES  
TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI ☒ NO ☐  
TEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < 2 MESES ☐ 3-6 MESES ☐ 6-8 MESES ☐ 9-12 MESES ☐ > 12 MESES ☐  
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI ☐ NO ☒  
PLAQUETAS: 296.000  
TP: ☐  
TTP: ☐

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS  
MEMORIAL: 6,3  
HEMATOCRITO: 18,1  
PLAQUETAS: 296.000  
TP: ☐  
TTP: ☐  
GRUPO ABORRH: 0 Rh positivo

COMPONENTE SANGÜÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGÜÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLACUETAS		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS			CROPECRITADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS			OTRO:		
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS BRANDEADOS					

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 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  
FIRMA: *Cherub*  
NOMBRES Y APELLIDOS: Liseth Alexandria Valencia Artieda  
C.I.: 1003405713

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGÜÍNEA  
RESPONSABLE: Dr. Jacqueline Gallegos  
HORA: 12:20  
FECHA: 18/08/2023  
RESPONSABLE: Dr. Lisett Valencia A.  
HORA: 13:08  
FECHA: 18-08-2023

8. RESERVA DE LA SOLICITUD  
PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL  
RESPONSABLE: Dr. Lisett Valencia A.  
HORA: 13:08  
FECHA: 18-08-2023  
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, DEBE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA: RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD TRANSFUSIONAL

9. MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO  
Pct: BETANCOURT VERA, DYLAN JOSUE  
Servicio: ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA  
C.I.: 115574  
ORDEN 71306  
Muestra N°: 115574  
Fecha: 18/08/2023

**NO. ORDEN: 71386**

ECHO JOURNAL 11/08/2025

**H. CLINICA:** 315922 **CEDULA:** 1726229046

**SERVICIO:** **05 MS. PEDIATRIA**

**DIAGNOSTICO:**  
**C91.0 LEUCEMIA LINFOLASTICA AGUDA**

1997

**NEGATIVE**

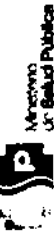
**NEGATIVE**

[illegible]**OBSERVACIONES:****Responsible****Restrições por**

**SOLCA NUCLEO DE QUITO**  
Bldg. Patria y Libertad  
BANCO DE QUITO  
C.I. 0401000016  
Servicio de Medicina Transfusional

SOLCA MOLEDO DE QUITO  
Dra. Mercedes Herrera Menéndez  
Espejo, S.A. - Neurológica  
C.R. 1000 1107 0605

**SOLCA NÚCLEO QUITO**



Ministerio  
de Salud Pública

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

**TRANSFUNDOS  
POR LAS ESTRUCTURAS DE LOS COMPONENTES**



N° 0028427

## 1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:	<input type="text"/> 1R	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 2023	
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1R	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 2023
PRIORIDAD DE DESPACHO:	<input type="text"/>	RUTINA 45 min:	<input checked="" type="checkbox"/> X	URGENCIA 15 min:
AULSTAR:	<input type="text"/>			HORA: <input type="text"/> 16 <input type="text"/> 21
				EMERGENCIA 5 min: <input type="text"/>

NOMBRES Y APELLIDOS: DYLAN JOSUE BETANCOURT VERA		SERVICIO: 05 HS. PEDIATRIA		SALA: 05 HS. PEDIATRIA		CAMA: 172829046	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		HISTORIA CLÍNICA: <input type="checkbox"/>		FORMULARIO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: 21/03/2013		EDAD: 10 Años		SEXO: M: <input checked="" type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>		PESO (kg.): 27.3	
GRUPO ABO/RH: <input type="text"/>		GRUPO ABO/RH: <input type="text"/>		CÓDIGO DE 10: C91.0		CÓDIGO DE 10: D64.9	
DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA UNIFOLIASTICA AGUDA		MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO		REACCIONES ADVERSA A TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TRANSFUSIONES ANTERIORES: X <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



**HISTORIA DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGAL 2,CNO 10,PCP 3,PF4 4,CGPM 2,**

### 1.2 COMPONENTES SANGÜÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES

DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
INSPECCIÓN T°C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (cc)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/año	GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COONES DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUIBRO IRREGULAR
	CGRL	O+	772302449	280	04/09/2023	O +		C <sub>o</sub> + E <sub>s</sub> - K-	NEGATIVO	MIPATIBLE, COMPA	NEGATIVO	AUG-19
	CGRL	O+	772302466	249	06/09/2023							AUG-19

		TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS:		2	
Entregado por:	<u>Anahi Nuñez</u>	Fecha y Hora:			
Recibido por:	<u>SOLCA NÚCLEO DE QUIMIA LIC. SILVIO REMACHE</u>	Fecha y Hora:			
Desechado por:	<u>BANCO DE SANGRE MSP: LIBRO-11 FOLIO-15 No. 4</u>	Fecha y Hora:			
COMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 23, DONACIONES DE REPOSICIÓN: 0					

**NENTES TRANSFUNDIDOS: 23, DONACIONES DE REPOSICIÓN: 0**

ENVIADO POR:	FECHA:	HORA:	FIRMA:
PATRICIO CUESTA	18/08/2023	16:21	 BA C.H. Universidad
TRANSPORTADO POR:	FECHA:	HORA:	FIRMA:
Isabel Ballispona	18/08/2023	16:35	
RECIBIDO POR:	FECHA:	HORA:	FIRMA:
Jacqueline Calderos	18/08/2023	16:50	

Revised to POR:

**SOLCA** NUNCA DEIXA DE CUIDAR  
Dra. Marcela Zimón Matute  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Reg. Sanescol: 1016-2020-2180495**

**AUG 19 '23 2:34**

AUG 19 '23 2:34

1.4. SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL

HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO ADMINISTRADO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	N° CATERINA UTILIZADO	TENSION ARTERIAL (mmHg)		TEMPERATURA C°		FRECUENCIA CARDÍACA (bta/min)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (resp/min)		HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCIÓN ADVERSA
				ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS				
17:05	772302449	I.V	#22	91/50	93/58	36.6	36.6	92	84	92	21	18:30	1:25	260	✓
18:50	772302466	I.V	#22	86/62	91/62	36.6	36.6	94	82	91	21	21:02	1:30	1400	✓
<p><b>MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO</b>                      Pci: DYLAN JOSUE BETANCOURT VERA                      Historia Clínica 315972 Unidad 772302486                      Grupo y Factor O+ Hemocomponente CGM</p> <p><b>Muestra 116674</b>                      Servicio OS HS PEDIATRIA                      Orden 71386                      Compatibilidad: B+C+CM+T                      Fecha completitud: 16/06/2023 - 16:17                      Enviado por: PATRICIO CUESTA                      Fecha Envío: 16/06/2023 - 16:21  <b>COMPATIBLE</b></p>															

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)

DURANTE LA TRANSFUSIÓN: ☐ POSTTRANSFUSIONAL: ☐ HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: ☐

2.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA <input type="checkbox"/>	ANGUILLACIÓN INTRAVASCULAR <input type="checkbox"/>	FIEBRE <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/>	NÁUSEA <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

NTCEDENTES OBSTÉTRICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° DE GESTACIONES	<input type="checkbox"/>	N° DE PARTOS	<input type="checkbox"/>	N° DE ABORTOS	<input type="checkbox"/>
NTCEDENTES 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 DEVUELTO	CÓDIGO:
CAUSA:	TEMPERATURA: <input type="checkbox"/>
DEVUELTO POR MÉDICO RESPON:	FIRMA: <input type="checkbox"/>
RECIBIDO POR:	FIRMA: <input type="checkbox"/>
RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA:	FIRMA: <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DEL SVMT:	PATRICIO CUESTA	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:	16/06/2023
CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA 0401388616	CÓDIGO PROFESIONAL:	SOLCA MUELCO DE QU
FIRMA Y SELLO:	BIOQUÍMICO BANC	FIRMA Y SELLO:	ENFERMERO
	CLINICA 16		MSP: 0207044547