Ministerio de Salud Pública

S LCA NÚCLEO DE QUITO

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

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 23 | 08 | 2023 HORA: 03 | 10 SOLICITUD: Nº 0027854

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Navarrete Flores Elvia Marina SERVICIO: Emergencias SALA: Emergencias CAMA: 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: X PASAPORTE: HISTORIA CLÍNICA: X FORMULARIO DE EMERGENCIA: Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1001584455 (2677171)

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 25-05-1964 EDAD: 59 SEXO: H: M: X PESO (Kg): 70

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblástica inmunofenotipo B CÓDIGO CIE 10: C91,0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia Secundaria CÓDIGO CIE 10: D69,5

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	X	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:		QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:	X	SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI X NO

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES X 3-5 MESES 6-8 MESES 9-12 MESES >12 MESES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO X

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 8,5 HEMATOCRITO: 25 PLAQUETAS: 4000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	1	uno
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			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 unicamente 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.

AUG 23 '23 3:12

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Jimmy Daniel Torres Sibauno2		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Jimmy Torres EMERGENCIÓLOGO C.I. 1717151136 AUG 23 '23 3:30
C.I.: 1717151136		

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: HORA: RESPONSABLE: N/A

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 23/08/23 HORA: 03:12 RESPONSABLE: E Miranda

SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198

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

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: NAVARRETE FLORES, ELVIA M
Servicio 03 HS EMERGENCIAS H. Clinic
ORDEN: 71436

Grupo: O+
Muestra Nº: I15563
Fecha: 17/08/2023

MSP.DNEAIS-FOR.08-31CS-06-01-2016

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71436

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | **No. SOLICITUD: 0027854** | **FECHA PEDIDO 23/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: NAVARRETE FLORES ELVIA MARINA
H.CLINICA: 267717
CEDULA: 1001584455
FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/1964
EDAD: 59 años, 2 meses, 9 días
SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C91 LEUCEMIA LINFOIDE
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES | No. MUESTRA: 115563

GRUPO SANGUÍNEO: Du:
COOMBS DIRECTO:
SUBGRUPO:
COOMBS INDIRECTO
FENOTIPO: C+,E-,c+,e+,K-,
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302665	PLAQUETAS POR AFERESIS LEUCORREDUCIDAS	O+	401 mL	Negativo	26/08/023			23/08/2023	3:16:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Matute ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0931068865
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresion: 23/08/2023 3:19

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

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 23 | 08 | 2023 **HORA:** 03 | 10 **SOLICITUD:** Nº 0027854

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Navarrete Flores Elvia Marina **SERVICIO:** Emergencias **SALA:** Emergencia **CAMA:** 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [x] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [x] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1001584455 (2677717)

NACIONALIDAD: Ecuatoriana **FECHA DE NACIMIENTO:** 25-05-1964 **EDAD:** 59 **SEXO:** H: [ ] M: [x] **PESO (Kg):** 70

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblástica inmunofenotipo B **CÓDIGO CIE 10:** C91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia secundaria **CÓDIGO CIE 10:** D69.5

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	x	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:		QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:	x	SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	x
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [x] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [x] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [x]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 8,5 **HEMATOCRITO:** 25 **PLAQUETAS:** 4000 **TP:** **TTP:** **GRUPO ABO/RH**

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	1	uno
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			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 unicamente 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.

AUG 23 '23 3:12

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Jimmy Daniel Torres Siborno 2		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Jimmy Torres EMERGENCIÓLOGO C.I. 1717151136 AUG 23 '23 3:30
C.I.: 1717151136		

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: **HORA:** **RESPONSABLE:** N/A

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 23/08/23 **HORA:** 03:12 **RESPONSABLE:** E Miranda

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Erika Miranda
BANCO DE SANGRE
C.I.: 1804[illegible]198

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR LA VIDA DE UN PACIENTE. ASUMA SU RESPONSABILIDAD

MSP.DNEAIS-FOR.08-31CS-06-01-2016

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71436

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA — No. SOLICITUD: 0027854 — FECHA PEDIDO 23/08/2023

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: NAVARRETE FLORES ELVIA MARINA
H.CLINICA: 267717
CEDULA: 1001584455
FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/1964
EDAD: 59 años, 2 meses, 9 días
SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C91 LEUCEMIA LINFOIDE
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES — No. MUESTRA: 115563

GRUPO SANGUÍNEO:
Du:
COOMBS DIRECTO:
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:
COOMBS INDIRECTO
FENOTIPO: C+,E-,c+,e+,K-,
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302665	PLAQUETAS POR AFERESIS LEUCORREDUCIDAS	O+	401 mL	Negativo	26/08/023			23/08/2023	3:16:59

5173443

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198	
Servicio de Medici[illegible]sfusional	L[illegible] Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 23/08/2023 - 3:19

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

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 23 | 08 | 2023 **HORA:** 03 | 10 **SOLICITUD:** Nº 0027854

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Navarrete Flores Elvia Marina **SERVICIO:** Emergencias **SALA:** Emergencia **CAMA:** 2

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [x] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [x] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1001584455 (2677717)

NACIONALIDAD: Ecuatoriana **FECHA DE NACIMIENTO:** 25-05-1964 **EDAD:** 59 **SEXO:** H: [ ] M: [x] **PESO (Kg):** 70

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblástica inmunofenotipo B **CÓDIGO CIE 10:** C91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Trombocitopenia secundaria **CÓDIGO CIE 10:** D69.5

AFILIADO A:				CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE		PRIORIDAD DE LA SOLICITUD	
SEGURO ISSFA:		JUBILADO:		CLÍNICO:	x	EMERGENCIA (5min.):	
SEGURO ISSPOL:		NO APORTA:		QUIRÚRGICO:		URGENCIA (15min.):	
IESS SEGURO GENERAL:	x	SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	x
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:		GINECO-OBSTÉTRICO:		ALISTAR:	
IESS SEGURO CAMPESINO:						FECHA:	HORA:

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI [x] NO [ ]

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: < DE 2 MESES [x] 3-5 MESES [ ] 6-8 MESES [ ] 9-12 MESES [ ] >12 MESES [ ]

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [x]

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 8,5 **HEMATOCRITO:** 25 **PLAQUETAS:** 4000 **TP:** **TTP:** **GRUPO ABO/RH**

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE			CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA	1	uno
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL			PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP			CRIOPRECIPITADO	CRIO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp			PLASMA REFRIGERADO	PR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL			SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			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 unicamente 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.

AUG 23 '23 3:12

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Jimmy Daniel Torres Siborno 2		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Jimmy Torres EMERGENCIÓLOGO C.I. 1717151136 AUG 23 '23 3:30
C.I.: 1717151136		

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: **HORA:** **RESPONSABLE:** N/A

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 23/08/23 **HORA:** 03:12 **RESPONSABLE:** E Miranda

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Erika Miranda
BANCO DE SANGRE
C.I.: 1804[illegible]198

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR LA VIDA DE UN PACIENTE. ASUMA SU RESPONSABILIDAD

MSP.DNEAIS-FOR.08-31CS-06-01-2016

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71436

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGÜINEA — No. SOLICITUD: 0027854 — FECHA PEDIDO 23/08/2023

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: NAVARRETE FLORES ELVIA MARINA
H.CLINICA: 267717
CEDULA: 1001584455
FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/1964
EDAD: 59 años, 2 meses, 9 días
SERVICIO: 03 HS. EMERGENCIAS
GENERO: FEMENINO
DIAGNOSTICO: C91 LEUCEMIA LINFOIDE
GRUPO SANGUÍNEO: **O +**

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES — No. MUESTRA: 115563

GRUPO SANGUÍNEO:
Du:
COOMBS DIRECTO:
RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:
COOMBS INDIRECTO
FENOTIPO: C+,E-,c+,e+,K-,
ANTICUERPOS IDENTIFICADOS:

DETALLE DE UNIDADES RESERVADAS

CÓDIGO	COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO RH	VOL.	NAT	CADUCIDAD	RESULTADO P.C.	FECHA DE RESERVA	FECHA DE ENVÍO	HORA
772302665	PLAQUETAS POR AFERESIS LEUCORREDUCIDAS	O+	401 mL	Negativo	26/08/023			23/08/2023	3:16:59

5173443

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Erika Miranda BANCO DE SANGRE C.I.: 1804645198	
Servicio de Medici[illegible]sfusional	L[illegible] Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 23/08/2023 - 3:19