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 EMISIÓN: 21 08 2023 HORA: 23 00 SOLICITUD: Nº 0028437

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Bustillos Gonzales Liam Sebastian SERVICIO: Pediatría SALA: 201 CAMA: 4

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [ ] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 269664

NACIONALIDAD: Ecuatoriana FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/2016 EDAD: 7 años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg): 22,5 Kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: LLA pre B común CÓDIGO CIE 10: C91.0

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia en enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: D63.0

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: 6 HEMATOCRITO: 18,3 PLAQUETAS: 11.000 TP: TTP: GRUPO ABO/RH: A (+)

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	2	dos
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	uno	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:			

AUG 22 '23 0:03

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 22 '23 1:32

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Kevin Roberto Pinto Hernández		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dr. Kevin Pinto MÉDICO RESIDENTE

C.I.: 1718849572

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 21-08-2023 HORA: 23:25 RESPONSABLE: LNúñez / Enf

SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Lorena Nunez R. ENFERMERA MSP 120

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 21/08/23 HORA: 23:59 RESPONSABLE:

SOLCA NUCLEO DE QUITO Licda. Mariuxi Pinaza R. Bioquímica de Sangre

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: BUSTILLOS GONZALEZ, LIAM SEBASTIAN
Servicio 06 H9 PEDIATRIA H Clínica 269064
ORDEN 71422
Grupo: A+
Muestra Nº: I15598
Fecha: 22/08/2023

ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA • RECUERDE: ES SU RESPONSA

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: 71423,71422

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA | **No. SOLICITUD: 0028437** | **FECHA PEDIDO 22/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE:	BUSTILLOS GONZALEZ LIAM SEBASTIAN			H.CLINICA:	269064	CEDULA:	1757361801
FECHA DE NACIMIENTO:	25/03/2021	EDAD:	7 años, 4 meses, 8 días	SERVICIO:	05 HS. PEDIATRIA		
GRUPO SANGUÍNEO:	**A +**	GENERO:	MASCULINO	DIAGNOSTICO:	C91 LEUCEMIA LINFOIDE		

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES | No. MUESTRA: 115598

GRUPO SANGUÍNEO:	A POSITIVO	Du:	COOMBS DIRECTO:	POSITIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:			COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	SANDRA ORMAZA
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
772302609	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	A+	269 mL	Negativo	28/09/023	COMPATIBLE	22/08/2023	22/08/2023	1:26:59
772302647	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	71 mL	Negativo	23/08/023	COMPATIBLE		22/08/2023	1:26:59
772302644	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	70 mL	Negativo	23/08/023			22/08/2023	1:26:59

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733968	SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Batute ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA C.I.: 0[illegible]0068
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresión: 22/08/2023 1:27

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Dona sangre

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

N° 0028437

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 22 | 8 | 2023

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 22 | 8 | 2023 HORA: 01 | 26

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ SERVICIO: 05 HS. PEDIATRIA SALA: 05 HS. PEDIATRIA CAMA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 1757361801

FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/2021 EDAD: 2 Años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg.): 22 GRUPO ABO/RH: A +

DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFOIDE CÓDIGO CIE 10: C91

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC CÓDIGO CIE 10: D63

TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRSCLP 7,CGRL 20,CRIO 2,PCP 13,PFC 5,CP 15,CGRPSCLP 3,CGRPL 2,

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
		PCP	O+	485	141	23/08/2023	A +		C+,E-,c-,e+,K-,	POSITIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	
		CGRL	A+	772302609	269	28/09/2023							

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 2

Entregado por: Fecha y Hora:

Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969 Fecha y Hora: AUG 22 '23 6:08

Desechado por: Fecha y Hora: AUG 22 '23 6:08

HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS: 66, DONACIONES DE REPOSICION: 9

ENVIADO POR:	SANDRA ORMAZA	FECHA:	22/08/2023	HORA:	1:26	FIRMA:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969
TRANSPORTADO POR:	Fernanda Sombaño	FECHA:	22/08/2023	HORA:	1:32	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	L Nuñez / ENF	FECHA:	22/08/2023	HORA:	1:38	FIRMA:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Lorena Nunez R. ENFERMERA MSP: 1004679250

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zambrano Maruta ESPECIALISTA EN MEDICINA TRANSFUSIONAL C.I.: 0...

EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

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 TRANSFUSIÓN	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)
01:40	000485	Intravenoso	#22	92/61	86/59	91/63	36.6°	36.4°	36.5°	92x'	96x'	98x'	22x'	24x'	22x'	02:00	20min	126 ml		X
02:05	772302609	Intravenoso	#22	93/61	91/60	90/62	36.3°	36.3°	36.4°	90x'	90x'	92x'	21x	24x'	24x'	04:05	2horas	244ml		x

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct. LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 000485
Grupo y Factor A+ Hemocomponente PCP
Grupo:O+
ORDEN 71423
Muestra 116598
Servicio: 06 HS PEDIATRIA
Compatibiliza:
Fecha compatibilidad:
Enviado por SANDRA ORMAZA
Fecha Envio 22/08/2023 - 01 26
NO REALIZADA

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct. LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 772302609
Grupo y Factor A+ Hemocomponente CGRI
Grupo:A+
ORDEN 71422
Muestra 116598
Servicio 06 HS PEDIATRIA
Compatibiliza #HComSMT
Fecha compatibilidad 22/08/2023 - 01 17
Enviado por SANDRA ORMAZA
Fecha Envio 22/08/2023 - 01 26
COMPATIBLE

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: ☐

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	☐	GULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐
OTRO (ESPECIFICAR)	☐										

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

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

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUEI _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONS. _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCI _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT: SANDRA ORMAZA
CÓDIGO PROFESIONAL: #N/A
FIRMA Y SELLO
SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Sandra Ormaza R.
BANCO DE SANGRE
C.I.: 0401733989

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:
SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Lorena Nunez R.
ENFERMERA
MSP: 1204679250
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
SOLCA NUCLEO DE QUITO
Lic. Lorena Nunez R.
ENFERMERA
MSP: 1204679250
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO

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

SOLICITUD: Nº 0027791

FECHA DE SOLICITUD: 18 | 08 | 2023 HORA: 07 30

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Bustillos Gonzalez Liam Sebastian SERVICIO: UCIP SALA: A CAMA: 05

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [X] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1757361801 / 269064

NACIONALIDAD: ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/2016 EDAD: 8 años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg): 22,6 kg

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblástica pre B comun aguda CÓDIGO CIE 10: C91.9

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia por enfermedad neoplásica CÓDIGO CIE 10: D63

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: 6,2 HEMATOCRITO: 16,5 PLAQUETAS: 32 000 TP: 11,8 TTP: 41,0 GRUPO ABO/RH: A+

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	CGRE		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	CGRL	1	uno
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS	CGRP		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRPSCLp		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS LEUCORREDUCIDOS	CGRPL		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI		

COMPONENTE SANGUÍNEO		NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	CP		
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
PLASMA FRESCO CONGELADO	PFC		
CRIOPRECIPITADO	CRIO		
PLASMA REFRIGERADO	PR		
SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
OTRO:			

AUG 18 '23 7:34

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 y su tratamiento. 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 18 '23 10:21

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Belen Torres Moscoso

C.I.: 1716637853

FIRMA

SOLCA NUCLEO DE QUITO
Dra. Maria Belen Torres
MÉDICO RESIDENTE
C.I.: 1716637853

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: HORA: RESPONSABLE:

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 18/08/2023 HORA: 07:34 RESPONSABLE: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Jennyfer Cuasqui G. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401449665

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER — BANCO DE SANGRE — SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: BUSTILLOS GONZALEZ, LIAM SEBASTIAN
Servicio 08 HS TERAPIA INTENSIVA Clinica 269064
ORDEN 71376

Grupo: A+

Muestra Nº: I15566
Fecha: 17/08/2023

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

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

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71376

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA | **No. SOLICITUD: 0027791** | **FECHA PEDIDO 18/08/2023**

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE:	BUSTILLOS GONZALEZ LIAM SEBASTIAN			H.CLINICA:	269064	CEDULA:	1757361801
FECHA DE NACIMIENTO:	25/03/2021	EDAD:	2 años, 4 meses, 4 días	SERVICIO:	08 HS. TERAPIA INTENSIVA		
GRUPO SANGUÍNEO:	**A +**	GENERO:	MASCULINO	DIAGNOSTICO:	C91.9 LEUCEMIA LINFOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION		

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES | No. MUESTRA: 115566

GRUPO SANGUÍNEO:	A POSITIVO Du:	COOMBS DIRECTO:	NEGATIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:
SUBGRUPO:		COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	SANDRA ORMAZA
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
772302424	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCID	A+	280 mL	Negativo	29/08/023	COMPATIBLE	18/08/2023	18/08/2023	8:45:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
SOLCA NÚCLEO DE QUITO Bioq. Patricio Cuest BANCO DE SANGRE C.I.: 0401388616	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Abuele ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de impresion: 18/08/2023 - 8:55

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

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

N° 0027791

Dona sangre

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 18 | 8 | 2023

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 18 | 8 | 2023 HORA: 08 | 45

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ SERVICIO: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA SALA: HS. TERAPIA INTENS CAMA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 1757361801

FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/2021 EDAD: 2 Años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg.): 22,6 GRUPO ABO/RH: A +

DIAGNÓSTICO CIE 10: LEUCEMIA LINFOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION CÓDIGO CIE 10: C91.9

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: ANEMIA EN ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFIC CÓDIGO CIE 10: D63

TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRSCLP 7,CGRL 19,CRIO 2,PCP 13,PFC 5,CP 15,CGRPSCLP 3,CGRPL 2,

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
X	4	CGRL	A+	772302424	280	29/08/2023	A +		C+,E-,c-,e+,K-,	NEGATIVO	COMPATIBLE,	NEGATIVO	

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 1

Entregado por: CRISTOBAL OSEDA Fecha y Hora: AUG 18 '23 12:38

Recibido por: SOLCA NÚCLEO DE QUITO Bioq. Patricio Cuesta BANCO DE SANGRE C.I.: 0401388616 Fecha y Hora: AUG 18 '23 12:38

Desechado por: Fecha y Hora: AUG 18 '23 12:38

NENTES TRANSFUNDIDOS: 64, DONACIONES DE REPOSICION: 9

SOLCA NÚCLEO DE QUITO Bioq. Patricio Cuesta BANCO DE SANGRE C.I.: 0401388616

ENVIADO POR:	PATRICIO CUESTA	FECHA:	18/08/2023	HORA:	8:45	FIRMA:	
TRANSPORTADO POR:	Fernando Castro	FECHA:	18/08/2023	HORA:	10:22	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	Tania Cerlano	FECHA:	18/03/2023	HORA:	10:30	FIRMA:	SOLCA NÚCLEO DE QUITO Lic. Tania Cerlano Huaca ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO C.I.: 1726684291

Revisado Por:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO Dr. Patricio Ponce Ponce ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA C.I.: 0103[illegible]

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

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 TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
10:35	772302424	Intravenosa	22	97/59	112/67	102/68	36.4	36.4	36.5	127	123	126	37	25	27	12:55	2 horas	260		X

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 772302424
Grupo y Factor A+ Hemocomponente CGRI
Grupo:A+
Muestra: 115668 ORDEN 71376
Servicio: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA
Compatibiliza PATRICIO CUESTA
Fecha compatibilidad: 18/08/2023 - 08:44
Enviado por: PATRICIO CUESTA
Fecha Envio: 18/08/2023 - 08:46
COMPATIBLE

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: ☐

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

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

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO: _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONSABLE): _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILANCIA: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT:	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN:	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN:
PATRICIO CUESTA		
CÓDIGO PROFESIONAL: 0401388616	CÓDIGO PROFESIONAL:	CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Bioq. Patricio Cuesta BANCO DE SANGRE C.I.: 0401388616	FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Tania Cerezo Huilca ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO C.I.: 1726684291	FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Tania Cerezo Huilca ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO C.I.: 1726684291

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

SOLCA NUCLEO DE QUITO

EMERGENCIA

Dona sangre

FECHA DE SOLICITUD: 17 08 2023 HORA: 13 40 SOLICITUD: Nº 0027837

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (USUARIO)

APELLIDOS Y NOMBRES: Bustillos Gonzalez Liam SERVICIO: Pediatria SALA: UCG CAMA: 5

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMULARIO DE EMERGENCIA: [ ] Nº DE IDENTIFICACIÓN: 1757368 01

NACIONALIDAD: Ecuatoriano FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/16 EDAD: 9 años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg): 22,6

DIAGNÓSTICO CIE 10: Leucemia linfoblastica CÓDIGO CIE 10: C910

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: Anemia CÓDIGO CIE 10: D649

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:		SEGURO PRIVADO:		NEONATOLÓGICO:		RUTINA (45min.):	X
IESS SEGURO VOLUNTARIO:		SEGURO INDIRECTO:	X	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]

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER — SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL — BANCO DE SANGRE

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: 4,3 HEMATOCRITO: 11,9% 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	3	TRES
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA	CGRSCLp			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	CPA		
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	2	dos	SANGRE RECONSTITUIDA	SR		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRRADIADOS	CGRI			OTRO:			

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

AUG 17 '23 14:05

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.

6. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	SELLO
Gema Mendoza C.I.: 1310400583		SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Gema Mendoza PEDIATRA C.I.: 1310

7. RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA

FECHA: 17-08-2023 HORA: 13:45 RESPONSABLE: Lic Andrea Estupiñán / Lcda. Andrea Estupiñán

SOLCA NUCLEO DE QUITO ENFERMERA REG. 1015-2016-1756133

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD

FECHA: 14/08/23 HORA: 14:08 RESPONSABLE:

SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733908

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

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

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: BUSTILLOS GONZALEZ, LIAM SEBASTIAN
Servicio 08 HS TERAPIA INTENSIVA Clínica 269064
ORDEN: 71367

Grupo: A+

Muestra Nº: I15566
Fecha: 17/08/2023

BANCO DE SANGRE SOLCA NÚCLEO QUITO

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
BANCO DE SANGRE

No. ORDEN: 71367,71369

ORDEN DE DESPACHO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA No. SOLICITUD: 0027837 FECHA PEDIDO 17/08/2023

DATOS DEL PACIENTE:

PACIENTE:	BUSTILLOS GONZALEZ LIAM SEBASTIAN		H.CLINICA:	269064	CEDULA: 1757361801
FECHA DE NACIMIENTO:	25/03/2021	EDAD: 2 años, 4 meses, 3 dias	SERVICIO:	08 HS. TERAPIA INTENSIVA	
GRUPO SANGUÍNEO:	**A +**	GENERO: MASCULINO	DIAGNOSTICO:	C41 TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES, DE OTROS SITIOS Y DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	

RESULTADO DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES No. MUESTRA: 115566

GRUPO SANGUÍNEO:	A POSITIVO Du:	COOMBS DIRECTO:	NEGATIVO	RESPONSABLES DE VALIDACIÓN DE RESULTADOS:	
SUBGRUPO:		COOMBS INDIRECTO	NEGATIVO	SANDRA ORMAZA	
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
772302430 - B0	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS PEDIATR LEUCO	A+	152 mL	Negativo	31/08/023	COMPATIBLE	17/08/2023	17/08/2023	16:40:59
772302430 - A0	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS PEDIATR LEUCO	A+	150 ml	Negativo	31/08/023	COMPATIBLE	17/08/2023	17/08/2023	16:40:59
772302574	CONCENTRADO PLAQUETARIO	A+	73 mL	Negativo	20/08/023	COMPATIBLE		17/08/2023	16:41:59
772302588	CONCENTRADO PLAQUETARIO	O+	75 mL	Negativo	21/08/023	COMPATIBLE		17/08/2023	16:41:59
772302575	CONCENTRADO PLAQUETARIO	A+	68 mL	Negativo	20/08/023			17/08/2023	16:41:59

OBSERVACIONES:

Responsable	Revisado por
Servicio de Medicina Transfusional	Líder de Banco de Sangre

Fecha y hora de Impresion: 17/08/2023 - 16:42

PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
SOLCA NÚCLEO QUITO

Ministerio de Salud Pública

PEGAR LAS ETIQUETAS DE LOS COMPONENTES TRANSFUNDIDOS

Dona sangre

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

N° 0027837

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUINEOS

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 17 | 8 | 2023

FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: 17 | 8 | 2023 HORA: 16 | 41

PRIORIDAD DE DESPACHO: ALISTAR: [ ] RUTINA 45 min: [X] URGENCIA 15 min: [ ] EMERGENCIA 5 min: [ ]

1.1.- IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ SERVICIO: 08 HS. TERAPIA INTENSIVA SALA: HS. TERAPIA INTENS CAMA:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: [X] PASAPORTE: [ ] HISTORIA CLÍNICA: [ ] FORMUARIO DE EMERGENCIA: [ ] N° DE IDENTIFICACIÓN: 1757361801

FECHA DE NACIMIENTO: 25/03/2021 EDAD: 2 Años SEXO: H: [X] M: [ ] PESO (Kg.): GRUPO ABO/RH: A +

DIAGNÓSTICO CIE 10: TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES, DE OTROS SITIOS Y DE SITIOS NO ESPECIFICADOS CÓDIGO CIE 10: C41

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: PURPURA Y OTRAS AFECCIONES HEMORRAGICAS CÓDIGO CIE 10: D69

TRANSFUSIONES ANTERIORES: [X] NO [ ] REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI [ ] NO [X]

HISTORIAL DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: CGRSCLP 7,CGRL 19,CRIO 2,PCP 12,PFC 5,CP 15,CGRPSCLP 3,

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
		CGRPL - A0	A+	772302430	150	31/08/2023	A +		C+,E-,c-,e+,K-,	NEGATIVO	COMPATIBLE	NEGATIVO	
		CGRPL - B0	A+	772302430	152	31/08/2023							
		CP	O+	772302588	75	21/08/2023							
		CP	A+	772302574	73	20/08/2023							
		CP	A+	772302575	68	20/08/2023							

TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: 3

Entregado por: Dimayia Pesantes Fecha y Hora: AUG 18 '23 6:54

Recibido por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal BANCO DE SANGRE C.I.: 1312886 Fecha y Hora: AUG 18 '23 6:54

Desechado por: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Diana Carvajal BANCO DE SANGRE C.I.: 1312886 Fecha y Hora: AUG 18 '23 6:54

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

NENTES TRANSFUNDIDOS: 63, DONACIONES DE REPOSICION: 9

ENVIADO POR:	SANDRA ORMAZA	FECHA:	17/08/2023	HORA:	16:41	FIRMA:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969
TRANSPORTADO POR:	F. CASTRO	FECHA:	17/08/2023	HORA:	16:41	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	M. Quintanilla	FECHA:	17/08/2023	HORA:	16:41	FIRMA:	SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcda. Mariuxi Quintanilla G. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO C.I. 2280105092

Revisado Por:

SOLCA NUCLEO DE QUITO Dra. Marcela Zamora Monte ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA C.I.: 0103

EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE

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 TRANSFUSIÓN	TIEMPO DE LA TRANSFUSION	VOLUMEN ADMINISTRADO (cc)	REACCION ADVERSA	
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS				SI (pase a la sección 2)	NO (pase a la sección 4)
16h45	000476	IV	N°22	111/44	111/44	98/58	36.1	36.1	36.3	122x	122x	125x	31x	31x	35x	17h10	25mtr	196		X
17h10	772302430	IV	N°22	98/58	109/65	110/65	36.3	36.3	36.3	125x	129x	128x	35x	39x	31x	19h00	1h50m	120		X
02:00	772302430	IV	22	101/62	100/65		36.5	36.4	36,22	114	112	111x	96	28	30x	04h00	2H	120		x

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 000476
Grupo y Factor A+ Hemocomponente PCP
Grupo:O+
Muestra: 115666 ORDEN 71369
Servicio: 08 HS TERAPIA INTENSIVA
Compatibiliza
Fecha compatibilidad: -
Enviado por: SANDRA ORMAZA
Fecha Envio: 17/08/2023 - 16:41
NO REALIZADA

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 772302430
Grupo y Factor A+ Hemocomponente CGRPL
Grupo:A+
Muestra: 115666 ORDEN 71367
Servicio: 08 HS TERAPIA INTENSIVA
Compatibiliza SANDRA ORMAZA
Fecha compatibilidad: 17/08/2023 - 16:40
Enviado por: SANDRA ORMAZA
Fecha Envio: 17/08/2023 - 16:40
COMPATIBLE

MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLCA QUITO
Pct: LIAM SEBASTIAN BUSTILLOS GONZALEZ
Historia Clínica 269064 Unidad 772302430
Grupo y Factor A+ Hemocomponente CGRPL
Grupo:A+
Muestra: 115666 ORDEN 71367
Servicio: 08 HS TERAPIA INTENSIVA
Compatibiliza SANDRA ORMAZA
Fecha compatibilidad: 17/08/2023 - 16:40
Enviado por: SANDRA ORMAZA
Fecha Envio: 17/08/2023 - 16:40
COMPATIBLE

2. NOTIFICACIÓ

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

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

2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS

ANAFILAXIA	☐	COAGULACIÓN INTRAVASCULAR	☐	FIEBRE	☐	HIPERTENSIÓN	☐	NÁUSEA	☐	TAQUICARDIA	☐
CIANOSIS	☐	DOLOR LUMBAR	☐	HEMOGLOBINURIA	☐	HIPOTENSION	☐	SHOCK	☐	URTICARIA	☐
DISENEA	☐	EDEMA PULMONAR	☐	HEMORRAGIA	☐	ICTERICIA	☐	SEROCONVERSIÓN	☐	VÓMITO	☐

OTRO (ESPECIFICAR) ☐

2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE

NTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	☐	NO	☐	Nº DE GESTACIONES: ☐	Nº DE PARTOS: ☐	Nº DE ABORTOS: ☐	
NTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SI	☐	NO	☐				
MPROMISO INMUNOLÓGICO	SI	☐	NO	☐				

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

COMPONENTE SANGUÍNEO DEVL _____ CÓDIGO: _____

CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

DEVUELTO POR (MÉDICO RESPOI _____ FIRMA: _____

RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DE HEMOVIGILAN(_____ FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL SMT: SANDRA ORMAZA
CÓDIGO PROFESIONAL: 0401733969
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lic. Sandra Ormaza R. BANCO DE SANGRE C.I.: 0401733969

RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: M Quintanilla / Lu
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcda. Maritza Quintanilla G. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO CL 2200105092

RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: M. Quintanilla / Enf
CÓDIGO PROFESIONAL:
FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Lcda. Maritza Quintanilla G. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO CL 2200105092