

No. 0148-2016

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** es deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador y en los instrumentos internacionales en particular la salud, conforme lo dispone el artículo 3, numeral 1 de la Norma Suprema;
- Que,** *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”* acorde a lo prescrito en el artículo 32 de la citada Constitución de la República del Ecuador;
- Que,** es facultad privativa del Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, emitir políticas públicas en salud, de acuerdo con lo previsto en los artículos 261 numeral 6, 361 de la Norma Suprema de la República, y en el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: “Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello”; según lo dispuesto por el artículo 6, numeral 8 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** es prioridad nacional la disponibilidad de sangre segura y sus componentes, correspondiéndole al Estado a través de la Autoridad Sanitaria Nacional tomar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad y el acceso a sangre y componentes seguros en cantidades suficientes para quien la necesite, siendo obligatoria su provisión en las instituciones públicas, privadas y autónomas, en caso de riesgo inminente para la vida, independientemente de la capacidad de pago, según lo previsto en el artículo 70 de la Ley Orgánica de Salud;
- Que,** atañe a la Autoridad Sanitaria Nacional dictar las normas relativas a los procesos de donación, transfusión, uso y vigilancia de la calidad de la sangre humana con sus componentes y derivados, a fin de garantizar el acceso equitativo, eficiente, suficiente y seguro, la preservación de la salud de los donantes y la máxima protección de los receptores así como del personal de salud, de acuerdo a lo previsto en el artículo 71 de la antecitada Ley Orgánica de Salud;
- Que,** se requiere proveer a los servicios de sangre del Ecuador de instrumentos de registro de información y sus instructivos de llenado, que faciliten la integración y homologación de criterios técnicos e indicadores de la cadena transfusional a fin de garantizar el suministro suficiente, oportuno y seguro de componentes sanguíneos a la población; y,

En ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador

ACUERDA





Art. 1.- Aprobar y expedir el instructivo “**Llenado de los registros únicos de información para los servicios de sangre**”, que será aplicado de manera obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud.

Art. 2.- De la ejecución y difusión del presente Acuerdo Ministerial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, y al Programa Nacional de Sangre.

Art. 3.- El presente Acuerdo Ministerial, entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

DADO EN LA CIUDAD DE QUITO DISTRITO METROPOLITANO a,

20 DIC. 2016

Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



Aprobado	Dr. Juan Alvear	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaborado	Abg. Alexandra Arteaga		Analista	



0148-2016

Llenado de los registros únicos de información para los servicios de sangre

Instructivo

2016

*Avanzamos
Patria!*

m p Ministerio
de Salud Pública



Ficha catalográfica

XXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Llenado de los registros únicos de información para los servicios de sangre, Instructivo. Primera edición. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización, Programa Nacional de Sangre-MSP; 2016. p: tabs: gra: cm.

XXXXXXXXXXXXXX

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1.- Instructivo | 7.- Registro automatizado |
| 2.- Sangre | 8.- Registro |
| 3.- Componentes sanguíneos | 9.- Notificación |
| 4.- Donación de sangre | 10.- Reacciones adversas |
| 5.- Formulario | 11.- Serología reactiva |
| 6.- Medicina transfusional | 12.- Solicitud |

Ministerio de Salud Pública
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Teléfono: (593 2) 381-4400 / (593 2) 381-4450
www.salud.gob.ec

Publicado en 2016

ISBN:xxxxxxx

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Llenado de los registros únicos de información para los servicios de sangre. Instructivo. 1ra edición. Quito: Dirección Nacional de Normalización, Programa Nacional de Sangre; 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Impreso por el
Corrección de estilo:
Hecho en Ecuador

0148-2016
3 de [signature]

Contenido

1. <i>Presentación</i>	7
2. <i>Introducción</i>	8
3. <i>Antecedentes y justificación</i>	8
4. <i>Objetivos</i>	9
4.1. <i>Objetivo general</i>	9
4.2. <i>Objetivos específicos</i>	9
5. <i>Alcance</i>	10
6. <i>Glosario de términos académicos-científicos</i>	10
7. <i>Disposiciones generales</i>	10
8. <i>Capítulo 1: Formulario de selección del donante de sangre</i>	13
8.1. <i>Bloque A: Encabezado del formulario de selección del donante de sangre</i>	13
8.2. <i>Bloque B: Agradecimiento y datos personales del donante</i>	16
8.3. <i>Bloque C: Cuestionario para el donante</i>	19
8.4. <i>Bloque D: Declaración y consentimiento informado del donante</i>	20
8.5. <i>Bloque E: Autoexclusión voluntaria del donante</i>	21
8.6. <i>Bloque F: Valoración física del donante, observaciones y decisión de la entrevista de selección</i>	22
8.7. <i>Bloque G: Datos de la extracción de sangre y componentes sanguíneos</i> ...	25
8.8. <i>Bloque H: Reacciones adversas a la donación (RAD)</i>	27
8.9. <i>Bloque I: Autorización para el llenado del formulario de selección del donante de sangre para personas con discapacidad y analfabetos</i>	29
8.10. <i>Bloque J: reverso del talonario de autoexclusión</i>	30
8.11. <i>Autorizaciones anexas al formulario de selección del donante de sangre</i> ..	30
9. <i>Capítulo 2: Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos (RMASSCPSCS) y registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada (RANMDSSRC)</i>	34
9.1. <i>Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos (RMASSCPSCS)</i>	34
9.1.1. <i>Bloque A: Datos del servicio de sangre</i>	35
9.1.2. <i>Bloque B: Datos del responsable del servicio de sangre</i>	37
9.1.3. <i>Bloque C: Promoción de la donación voluntaria de sangre</i>	38
9.1.4. <i>Bloque D: Donación de sangre</i>	40
9.1.5. <i>Bloque E: Donantes efectivos</i>	46

9.1.6.	Bloque F: Fraccionamiento de componentes sanguíneos	49
9.1.7.	Bloque G: Pruebas serológicas	54
9.1.8.	Bloque H: Inmunohematología.....	58
9.1.9.	Bloque I: Descarte de sangre y componentes sanguíneos por causa.....	61
9.1.10.	Bloque J: Disponibilidad de componentes sanguíneos	64
9.1.11.	Firma de responsabilidad	65
9.2.	Registro Automatizado de Notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada (RANMDSSRC)	66
9.2.1.	Bloque A: Datos del banco de sangre – hemocentro.....	67
9.2.2.	Bloque B: Datos del responsable de la notificación de casos confirmados.....	68
9.2.3.	Bloque C: Datos de la notificación de casos confirmados.....	69
9.2.4.	Firma de responsabilidad	72
10.	Capítulo 3: Registros, formularios y solicitudes para los Servicios de Medicina Transfusional	72
10.1.	Registro de consumo diario de componentes sanguíneos.....	73
10.2.	Registro de consumo semanal de componentes sanguíneos	76
10.3.	Registro de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos	80
10.4.	Solicitud única de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor.....	84
10.5.	Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos	89
10.6.	Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas.....	99
10.7.	Registro mensual de transfusiones sanguíneas.....	110
10.8.	Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional	123
10.9.	Formulario para la investigación de reacción adversa transfusional	135
10.10.	Registro de Ingreso de componentes sanguíneos.....	144
10.11.	Registro de devolución de componentes sanguíneos.....	147
10.12.	Registro de modificación de componentes sanguíneos.....	149
10.13.	Registro de pruebas de compatibilidad y despacho de componentes sanguíneos.....	150
10.14.	Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.....	154
10.15.	Registro de intercambio de componentes sanguíneos	156
10.16.	156	
10.17.	Registro de descarte de componentes sanguíneos	159

10.18. Registros de temperatura de los equipos que almacenan a los componentes sanguíneos	161
11. Abreviaturas:	163
12. Referencias	164
13. Anexos.....	170

1. Presentación

En el Ecuador, es prioridad nacional la disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos, en tal virtud, el Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional tiene la responsabilidad de garantizar el acceso oportuno a sangre y componentes sanguíneos seguros, de calidad y en cantidades suficientes para quien los necesite.

La recolección y análisis de la información sobre los procesos inherentes a los servicios de sangre, permite valorar indicadores e implementar las acciones inmediatas necesarias para mejorar el proceso de la cadena transfusional.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública, pone a disposición de los servicios de sangre los registros únicos de información con sus respectivos instructivos de llenado, que serán de utilidad para el personal de salud del Sistema Nacional de Sangre y para el país, en tanto se obtendrá información actualizada y de calidad para la planificación y toma de decisiones nacionales.

Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado

Ministra de Salud Pública

Margarita Guevara
7 de Julio 2016

2. Introducción

La seguridad de los componentes sanguíneos para transfusión se ha convertido en un asunto de gran importancia, por lo que en el mundo se definen y actualizan lineamientos para mejorar los procesos de la cadena transfusional para los servicios de sangre.

En América Latina, en el marco de las recomendaciones de la Organización Panamericana de Salud (OPS), los modelos nacionales de sangre tienen la tendencia a disminuir la proliferación de pequeños bancos de sangre ineficientes con el fin de centralizar la producción de componentes sanguíneos y garantizar la transfusión de componentes seguros y de calidad.

En este contexto, el Ecuador se encuentra caminando hacia la reorganización del Sistema Nacional de Sangre con el fin de implementar un Modelo Zonificado de Sangre que centralice los procesos y garantice la calidad de los mismos.

La cadena transfusional que conlleva tres procesos que son la donación de sangre, el procesamiento de la sangre y la transfusión de componentes sanguíneos, contienen instrumentos de información que permiten homologar los datos nacionales y obtener indicadores para la toma de decisiones y deberán ser implementados por todos los servicios de sangre: hemocentro (H), banco de sangre (BS), centros de colecta y distribución (CCD), centros de colecta (CC) y unidades móviles de colecta de sangre (UM-CS).⁽¹⁾

3. Antecedentes y justificación

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, y en cumplimiento de los mandatos consignados en el marco constitucional y legal vigente⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, ejerce su rectoría en la Red de Servicios de Sangre públicos y privados del Ecuador, a fin de que garantice el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales bajo los principios de acceso permanente, oportuno, gratuito y sin exclusión a programas, acciones y servicios de atención integral de salud.

Sin embargo, a lo largo de los años se evidencia que en el Ecuador no se ha contado con un sistema de información estandarizado que responda a las necesidades e indicadores para el mejoramiento continuo de la cadena transfusional y para el desempeño de los servicios de sangre.

En este sentido el Ministerio de Salud Pública implementa instrumentos que aportarán en la homologación de la información e indicadores nacionales del Sistema Nacional de Sangre, que son los siguientes:

- 1) Formulario de selección del donante de sangre (FSDS).
- 2) Autorización para donantes autólogos.
- 3) Autorización para donación de sangre en menores de edad.
- 4) Registro mensual automatizado de los servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos.
- 5) Registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.

- 6) Registro de consumo diario de componentes sanguíneos.
- 7) Registro de consumo semanal de componentes sanguíneos.
- 8) Registro mensual de transfusiones sanguíneas.
- 9) Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional.
- 10) Formulario para la investigación de reacción adversa transfusional.
- 11) Registro de ingreso de componentes sanguíneos.
- 12) Registro de devolución de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor.
- 13) Registro de modificación de componentes sanguíneos.
- 14) Registro de pruebas de compatibilidad sanguínea y despacho de componentes sanguíneos.
- 15) Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.
- 16) Registro de intercambio de componentes sanguíneos.
- 17) Registro de descarte de componentes sanguíneos.
- 18) Registro de temperatura de la hemoteca.
- 19) Registro de temperatura del ultracongelador.
- 20) Registro de temperatura del congelador.
- 21) Registro de temperatura ambiente.
- 22) Registro de temperatura del agitador de plaquetas/cámara de plaquetas.
- 23) Registro de temperatura del termobloque.
- 24) Registro de temperatura del baño maría.
- 25) Registro de temperatura del descongelador de plasma.
- 26) Solicitud única de sangre de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor.
- 27) Registro de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.
- 28) Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.
- 29) Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Proveer a los servicios de sangre del Ecuador de instrumentos de registro de información e instructivos de llenado, para facilitar la integración y homologación de criterios técnicos e indicadores de la cadena transfusional que garanticen el suministro suficiente, oportuno y seguro de componentes sanguíneos a la población ecuatoriana.

4.2. Objetivos específicos

- 1) Brindar a la red de servicios de sangre del Ecuador un formulario único de selección del donante de sangre que identifique de manera homologada y clara la codificación de cada donación y que arroje información necesaria para la trazabilidad de los componentes sanguíneos y la gestión del donante.
- 2) Entregar un registro mensual automatizado de servicios de sangre que coleccionan y procesan sangre y componentes sanguíneos, para mantener información de calidad acerca de la producción de los componentes.

- 3) Proporcionar a los servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos, un registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.
- 4) Otorgar al personal de salud registros, formularios y solicitudes homologados que garanticen el generar, actualizar y mantener información de calidad en cualquier etapa del proceso transfusional.

5. Alcance

El presente instructivo será de aplicación obligatoria en todos los servicios de sangre del Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Privada Complementaria (RPC) del Ecuador.

Los servicios de sangre aplicarán este instructivo para el correcto llenado de los registros únicos de información, mismos que serán utilizados por todos los servicios de sangre que colecten, procesen, distribuyan y transfundan componentes sanguíneos.

6. Glosario de términos académicos-científicos

Componente sanguíneo: producto terapéutico preparado a partir de la unidad de sangre entera por medio de métodos de separación física; incluyen los concentrados de glóbulos rojos, plasma refrigerado, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas y crioprecipitado.⁽⁶⁾

Donante: persona que dona sangre total o uno de sus componentes de forma voluntaria.⁽⁶⁾

Fraccionamiento: proceso mediante el cual se efectúa la separación de los componentes de una unidad de sangre a través de una centrifugación diferencial.⁽⁷⁾

Hemovigilancia: sistema de procesos y procedimientos para detectar, registrar, documentar, investigar, analizar y prevenir la recurrencia de reacciones adversas o los incidentes que puedan presentarse en los donantes de sangre y en los pacientes que reciben transfusiones.⁽⁸⁾

Notificación: acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés epidemiológicos.⁽⁹⁾

Reactivo: significa que la prueba de tamizaje ha detectado anticuerpos contra cualquier enfermedad infecciosa ejemplo el VIH y que es necesario realizar una segunda prueba de descarte y, además, en caso de que ésta sea también reactiva, se necesitará confirmar con una prueba confirmatoria (Western Blot) para obtener un diagnóstico final.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

7. Disposiciones generales

- a. Antes de ingresar los datos en los registros, formularios y solicitudes se debe leer atentamente este instructivo de llenado.
- b. Todos los servicios de sangre son los responsables de mantener las versiones vigentes de los instrumentos de información únicos para la cadena transfusional.
- c. El llenado de los registros, formularios y solicitudes es de forma escrita o digital y lo debe realizar el personal técnico de los servicios de sangre del país.

- d. Para el llenado en forma escrita de los registros, formularios y solicitudes se debe utilizar un bolígrafo de color azul, con letra imprenta clara y legible; sin borrones, tachones o enmendaduras.
- e. Los servicios de sangre que forman parte de la cadena transfusional y que harán uso de los registros, formularios y solicitudes son: hemocentros, bancos de sangre, centros de colecta y distribución, centros de colecta y unidades móviles de colecta de sangre, así como todos los servicios intrahospitalarios que realizan medicina transfusional.
- f. En el caso de que un servicio de sangre no disponga de los mecanismos para el registro y custodia de la información en un sistema informático, deberán mantener respaldos físicos de los instrumentos con la información.
- g. La política de acceso a los instrumentos de información de los servicios de sangre son de libre acceso para su descarga desde la plataforma informática gubernamental establecida para su uso en físico o digital.
- h. El ingreso de la información, datos y resultados generados en los procesos técnicos de la cadena transfusional, son de acceso controlado, restringido y confidencial por los usuarios habilitados por el sistema único de información de los servicios de sangre de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.⁽⁶⁾⁽¹²⁾
- i. Todo registro, formulario o solicitud que contenga y use datos personales de donantes o pacientes receptores de componentes sanguíneos, deben mantener un sistema de seguridad para garantizar la confidencialidad de éstos.

Nota: la confidencialidad en el Sistema Nacional de Salud es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.⁽¹³⁾

- j. Los registros, formularios y solicitudes deben tener una consolidación nacional para lo cual serán reportados a la Autoridad Sanitaria Nacional a través de las Coordinaciones Zonales de Salud y según los mecanismos y tiempos establecidos para el efecto.
- k. Para el llenado del encabezado de cada registro, formulario y solicitud, se debe ajustar según la institucional del servicio de sangre, de la siguiente manera:

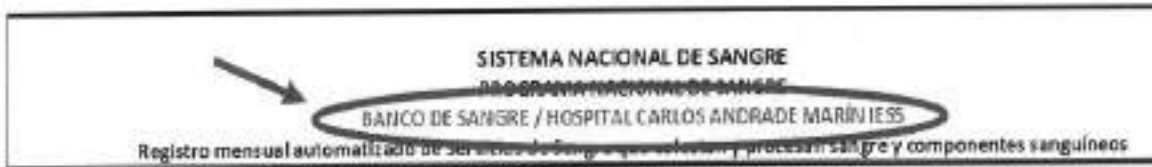
 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>LOGOTIPO INSTITUCIONAL</p>	<p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA</p>	 <p>Dono sangre</p>
--	-------------------------------	---	--

Los logotipos del Ministerio de Salud Pública y del Programa Nacional de Sangre y los nombres Sistema Nacional de Sangre y Programa Nacional de Sangre siempre deben permanecer en todos los registros, formularios y solicitudes; es decir, estos no deben ser retirados ni alterados.

0148-2016



1. En los registros, cada servicio de sangre también podrá identificarse con el nombre y la institución a la cual pertenece.



2. Parte de la identificación, el servicio de sangre también podrá colocar su logo institucional en el casillero establecido.

Si el servicio de sangre pertenece al Ministerio de Salud Pública, éste no deberá incluir otro logotipo adicional en el encabezado en ningún registro, formulario o solicitud; es decir, el casillero deberá permanecer en blanco.



8. Capítulo 1: Formulario de selección del donante de sangre

Generalidades

- El formulario de selección del donante de sangre es un instrumento único y oficial emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional, mediante el cual se estandarizan los criterios técnicos y éticos para la selección del donante potencial de sangre y componentes sanguíneos.
- Consta de 2 caras y de 10 bloques los cuales están debidamente identificados para el llenado del donante y del personal de salud. Está acompañado por 2 formularios anexos para autorizaciones de donación autóloga y de donación para menores de edad.
- El formulario de selección del donante de sangre contiene también la declaración y consentimiento informado⁽¹⁴⁾ del donante, el talonario de autoexclusión voluntaria y una autorización para el llenado del formulario de selección del donante para personas con discapacidad y analfabetos.⁽¹⁵⁾
- Los servicios de sangre que hacen uso del formulario de selección del donante de sangre son todos aquellos que realizan colecta de sangre y componentes sanguíneos, es decir atienden y seleccionan al donante y extraen sangre y componentes sanguíneos⁽¹⁾: bancos de sangre, centros de colecta y distribución, centros de colecta, unidades móviles de colecta de sangre.
- El llenado del cuestionario del donante en el formulario de selección del donante de sangre puede ser de forma escrita o automatizada y lo debe realizar el donante potencial de sangre de manera personal y confidencial; el servicio de sangre debe disponer de un área física adecuada e independiente para el efecto.
- El personal de salud de los servicios de sangre deben sensibilizar al donante sobre la importancia del formulario de selección del donante de sangre en el proceso de donación con el fin de apelar a su sinceridad tanto en el cuestionario y en la entrevista de selección a partir de éste, con lo cual se logra disminuir factores que puedan poner en riesgo al receptor de la sangre colectada; debe explicar la importancia de registrar correctamente los datos que se solicitan con letra clara, legible y con veracidad en las respuestas. Se debe informar al donante potencial que sus datos ingresados se manejarán con absoluta confidencialidad.
- La información del donante de sangre y componentes sanguíneos es consolidada en la base de datos del donante de sangre del servicio y, en el Registro Automatizado de Servicios de Sangre que Colectan y Procesan Sangre y Componentes Sanguíneos según lo indica el Modelo de Gestión de Información de este formulario.⁽¹⁶⁾

8.1. Bloque A: Encabezado del formulario de selección del donante de sangre

		SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE		Grupo de Sangre:	AB+
		Banco de Sangre Hospital Carlos Andrade Marín		CODIGO ALFANUMERICO 	
Fecha de Colecta: 23/08/2016		Colecta: <input type="checkbox"/>		Lugar de la Colecta: UNIVERSIDAD TÉCNICA XXXXXXXXX	

8.1.1. Identificación del servicio de sangre

1. Zona: identificar y llenar con el número de la zona territorial a la cual pertenece el Servicio según el nivel administrativo de planificación del Ecuador.⁽¹⁷⁾
2. Distrito: identificar y llenar con el número de distrito al cual pertenece el Servicio según el nivel administrativo de planificación del Ecuador.⁽¹⁷⁾
3. Provincia: identificar y llenar con la provincia en nombre y número asignado según la división política administrativa del Ecuador ⁽¹⁸⁾ las cuales son:

a. Azuay (01)	i. Imbabura (10)	q. Tungurahua (18)
b. Bolívar (02)	j. Loja (11)	r. Zamora Chinchipe (19)
c. Cañar (03)	k. Los Rios (12)	s. Galápagos (20)
d. Carchi (04)	l. Manabí (13)	t. Sucumbios (21)
e. Cotopaxi (05)	m. Morona Santiago (14)	u. Orellana (22)
f. Chimborazo (06)	n. Napo (15)	v. Santo Domingo de los Tsáchilas (23)
g. Esmeraldas (08)	o. Pastaza (16)	w. Santa Elena (24)
h. Guayas (09)	p. Pichincha (17)	x. Zonas no delimitadas (90)
4. Circuito: identificar y llenar con el número de circuito al cual pertenece el servicio según el nivel administrativo de planificación del Ecuador.⁽¹⁷⁾
5. Ciudad: identificar y llenar con el nombre de la ciudad en el que se encuentra el Servicio según la división política administrativa del Ecuador.⁽¹⁸⁾
6. Unicódigo: llenar el campo con el unicódigo asignado al establecimiento de salud que corresponde al servicio de sangre intrahospitalario.

Nota: los servicios de sangre como Cruz Roja Ecuatoriana y otros que no son parte de un establecimiento de salud, no cuentan aún con unicódigo asignado por la Autoridad Sanitaria Nacional, por lo que deberán llenar este campo con un NA (no aplica), hasta que le sea asignado un unicódigo.

El unicódigo es asignado a los establecimientos de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud, tanto de la Red Pública Integral de Salud como de la Red Privada Complementaria, en los cuales se localizan los bancos de sangre intrahospitalarios. Se encuentra disponible en el portal web del Ministerio de Salud Pública denominado Geo salud 2.0 la aplicación digital para la consulta del unicódigo según el establecimiento de salud, accediendo al siguiente link: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/gui>⁽¹⁹⁾.

8.1.2. Grupo ABO y Rh

Escribir el grupo sanguíneo de acuerdo al sistema ABO y factor Rh del donante si éste es identificado durante el proceso de donación, según los procedimientos del banco de sangre. Los grupos sanguíneos y su factor Rh son:

Grupo ABO y Factor Rh	
A+	A-
AB+	AB-
B+	B-
O+	O-

Nota: la determinación del grupo sanguíneo resulta del análisis inmunohematológico confirmado que se realiza en el banco de sangre, dato que es ingresado en el sistema informático de éste para registro y trazabilidad.

8.1.3. Código de la donación

Pegar la etiqueta adhesiva donde consta el código de la donación impresa, según los parámetros dispuestos en la Norma Técnica "Donación de sangre"⁽⁶⁾.

8.1.4. Identificación de la colecta de sangre

Definir cuándo, dónde y en qué tipo de colecta se realiza la donación de sangre.

1. Fecha de colecta: ingresar la fecha en día, mes y año de la siguiente manera dd/mm/aaaa.
2. Colecta: marcar con una X el tipo de colecta según las opciones que son, intramural o extramural.
3. Lugar de la colecta: escribir el nombre del lugar, empresa o institución donde se realiza la donación.

Si es un espacio público y abierto se llenará con el nombre del lugar, plaza, parque o en su defecto con la dirección física: avenida/calle principal y transversal.

8.2. Bloque B: Agradecimiento y datos personales del donante

FORMULARIO DE SELECCIÓN DEL DONANTE DE SANGRE (FSDS)					
ESTIMADO DONANTE DE SANGRE, ¡BIENVENIDO y GRACIAS! por acudir y por el gesto solidario de donar su sangre que ayudará a salvar la vida de cualquier persona que necesite sangre. Nuestro objetivo es proteger su salud y también la salud de las personas que reciben su sangre. Por favor conteste con sinceridad el siguiente cuestionario y las preguntas que durante la entrevista se le va a realizar. La información que nos brinde es CONFIDENCIAL.					
2. DATOS PERSONALES DEL DONANTE: Por favor, complete y marque con X.					
Apellidos (2): SEVILLA SALAS		Nombres (2): MARIA ELIZABETH			
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: Día <input type="text" value="22"/>	Mes <input type="text" value="ABRIL"/>	Año <input type="text" value="1980"/>	Edad: <input type="text" value="35"/>
Documento de identidad: Matr 171620XXXX		Cédula <input type="checkbox"/>	Licencia de conducir <input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Estado civil: Unión de hecho <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input checked="" type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Ocupación: ASISTENTE ADMINISTRATIVA		Lugar de Trabajo: EMPRESA PRIVADA			
Ciudad y dirección de domicilio: QUITO, CALLE De J-EL Y AV. BOSQUERA					
Teléfono Fijo: 293X-36XX		Celular: 0998XXXXXX	Email: xxxxxx-el@netel.com		
En caso de emergencia llamar a: MAGDALENA SALAS OCHOA			Parentesco: MADRE	Teléfono: 243X-XXX	

8.2.1. Agradecimiento al donante

Pedir al donante que antes de llenar el formulario de selección del donante de sangre lea con detenimiento el texto de bienvenida y agradecimiento inicial; enseguida, se debe dar apertura a que el donante pueda hacer preguntas relacionadas a la donación.

8.2.2. Datos personales del donante

1. Solicitar al donante que llene sus datos personales con letra clara y sin tachones, cuando éste se lo realiza en físico; si el formulario de selección del donante de sangre es llenado en un soporte digital, se debe pedir que el donante lea con detenimiento el dato requerido para elegir los casilleros correctos.
2. Apellidos y nombres: llenar los campos con los dos (2) nombres –si los tiene- y los dos (2) apellidos.
3. Sexo: marcar con una X si es hombre o mujer, en el casillero que corresponda.
4. Fecha de nacimiento: llenar los campos con el día, mes y año según los casilleros dispuestos para el efecto. El día se llena con número, el mes puede ser en letras o número, y el año debe escribirse en número completo, no únicamente los dos últimos dígitos, por ejemplo: 1980 -correcto-, y no 80 -incorrecto-.
5. Edad: llenar el campo con el número de los años cumplidos por el donante, en el casillero dispuesto para el efecto.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el dato de edad ingresado por el donante se corresponda con el año de nacimiento.

6. Documento de identidad: escribir o ingresar el número del documento de identidad entregado, y marcar con una X su tipo, en el casillero al que corresponda.
- a) cédula de identidad,
 - b) licencia de conducir; o,
 - c) pasaporte.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el tipo de documento de identidad y su número ingresado por el donante sean correctos.

7. Estado civil: marcar con una X el estado civil en el casillero que corresponda.
- a) Unión de hecho
 - b) Soltero
 - c) Viudo
 - d) Casado
 - e) Divorciado

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el dato marcado por el donante sea el que corresponde.

8. Ocupación: escribir o llenar la ocupación que actualmente desempeña el donante, no su profesión.
- 9.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el dato ingresado por el donante sea el que se solicita.

10. Lugar de trabajo: escribir o llenar el nombre de la institución o empresa en la que trabaja.
11. Ciudad y dirección de domicilio: escribir y llenar la ciudad y la dirección física del domicilio actual identificando lo siguiente:
- Avenida/calle principal y secundaria.
 - La numeración.
 - Un lugar de referencia –si se requiere–.
12. Teléfono fijo y celular: escribir o llenar con el número de teléfono fijo de domicilio y el celular (telefonía móvil con 10 dígitos) del donante.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el dato marcado por el donante sea el que corresponde.

13. E-mail (correo electrónico): escribir o llenar con la dirección electrónica personal del donante.

Nota: profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el dato marcado por el donante esté claro y sea el que corresponde.

14. En caso de emergencia: escribir o ingresar los datos de la persona conocida por el donante a quien el servicio de sangre se contactará si el donante presentara alguna reacción severa u otro tipo de emergencia durante el proceso de donación; se identificarán los siguientes datos:

- a. Parentesco: ingresar el tipo de relacionamiento o parentesco que tiene con el donante, que puede ser:

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| - Madre/padre | - Cuñado/cuñada |
| - Hermano/hermana | - Sobrino/sobrina |
| - Tío/tía | - Amigo/amiga |
| - Primo/prima | - Novio/novia |
| - Abuela/abuelo | - Enamorado/enamorada |
| - Esposa/esposo | - Vecino/vecina |
| - Hijo/hija | - Pareja |

- b. Teléfono: escribir el número de teléfono directo del contacto de emergencia del donante que puede ser fijo de domicilio o trabajo y de celular (telefonía móvil con 10 dígitos).

8.3. Bloque C: Cuestionario para el donante

3. CUESTIONARIO PARA EL DONANTE: Estimado Donante, por favor, lee las preguntas y marque con una X su respuesta.			
1	¿Usted ha donado SANGRE o PLAQUETAS alguna vez?	SI	X NO
2	¿Cuándo usted donó sangre o plaquetas ¿presentó alguna reacción adversa?	SI	NO X
3	¿Usted ha sido impedido de donar sangre alguna vez? Indique el porqué POSIBLE EMBARAZO	SI	X NO
4	¿Ha ingerido alimentos en las últimas 4 horas?	SI	X NO
5	¿Ha descansado por lo menos 6 horas?	SI	NO X
6	¿Usted se ha sentido enfermo, ha presentado fiebre, malestar al orinar, dolor de la garganta, congestión nasal u otro tipo de síntomas en los últimos 8 días?	SI	NO X
7	¿Usted ha observado la presencia de nódulos, tumores, ganglios inflamados (secas) o lesiones (llagas) en alguna parte de su cuerpo?	SI	NO X
8	¿Al momento usted presenta o ha tenido alergias, problemas de tiroides, pulmonares, intestinales, de corazón, hígado, riñones, diabetes, hipertensión, enfermedades de la sangre, u otros?	SI	NO X
9	¿Usted tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?	SI	NO X
10	¿Le han realizado a usted alguna cirugía, endoscopia, colonoscopia, cateterismo o biopsias en los últimos 12 meses?	SI	NO X
11	¿Sufrir de convulsiones, mermos o pérdida del conocimiento?	SI	NO X
12	¿Ha recibido sangre, componentes sanguíneos, trasplante de tejidos, órganos, o tratamientos con hormona del crecimiento en los últimos 12 meses o alguna vez?	SI	NO X
13	¿Ha sido vacunado en los últimos 12 meses?	SI	X NO
14	¿Ha estado en tratamiento dental en los últimos 3 días?	SI	NO X
15	¿Ha recibido algún tipo de tratamiento médico, o ha tomado algún medicamento como ASPIRINA en el último mes?	SI	NO X
16	¿Ha tenido Hepatitis después de los 11 años de edad, o ha estado en contacto con pacientes con Hepatitis A, B o C?	SI	NO X
17	¿Usted ha tenido o ha visitado zonas donde hay dengue, paludismo, enfermedad de Chagas u otra enfermedad tropical en el último mes?	SI	NO X
18	¿Ha vivido o ha estado fuera del país en los últimos 6 meses?	SI	NO X
19	¿Accidentalmente ha sufrido algún pinchazo o corte con objetos cortopunzantes, o ha sufrido alguna salpicadura con sangre de otra persona, en los últimos 12 meses?	SI	NO X
20	¿Se ha hecho tatuajes, orificios corporales, piercings, acupuntura, mesoterapia o maquillaje permanente en los últimos 12 meses?	SI	NO X
21	¿Ha recibido o recibe usted dinero o algún tipo de compensación para donar sangre?	SI	NO X
22	¿Tiene usted relaciones sexuales?	SI	NO X
23	¿En los últimos 12 meses, ha tenido más de una pareja sexual?	SI	X NO
24	¿Con su o sus parejas sexuales ha utilizado siempre el condón como forma de protección?	SI	X NO
25	¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras/las sexuales?	SI	NO X
26	¿En los últimos 12 meses, ha recibido dinero o drogas por tener relaciones sexuales?	SI	NO X
27	¿En los últimos 12 meses, usted con sus/su/su pareja/parejas han mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol, u otra droga o estupefaciente (inyectable o no)?	SI	NO X
28	¿Ha tenido usted o su pareja alguna enfermedad/infección de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea u otra) detectada en los últimos 12	SI	NO X
29	¿Dona usted sangre para que se le haga el análisis de VIH/SIDA, Sífilis, Hepatitis u otros exámenes?	SI	NO X
30	¿Usted o su pareja sexual han estado detenidos en un centro de reclusión/cárcel en los últimos 12 meses?	SI	NO X
31	¿Leyó y comprendió todas las preguntas? ¿Fueron contestadas todas sus dudas al respecto?	SI	X NO
Exclusivo para mujeres:			
32	¿Usted tuvo parto, cesárea o aborto en los últimos 12 meses? Mes: ABRIL (34) Año: 2014	SI	X NO
33	¿Está usted embarazada o dando de lactar?	SI	NO X
34	Indique la fecha de su última menstruación: Día: 06 Mes: MARZO (03) Año: 2015		

1. En el cuestionario, el donante debe marcar con una X la respuesta que corresponda; las opciones son Sí o No.

Nota: la contestación de las preguntas del cuestionario es realizada de manera personal por el donante. El profesional de salud que realiza la selección debe verificar durante la entrevista que todas las preguntas sean contestadas mediante la marcación X, en caso que faltare alguna, se solicitará al donante que complete la respuesta.

2. Hay treinta y un (31) preguntas para que todos los donantes respondan y hay tres (3) preguntas exclusivas para mujeres (de la 32 a la 34).

3. Si se marca la pregunta N° 3 con una X en el Sí, como contestación a la indicación "Indique el porqué:", escribir la(s) causa(s) anterior(es) de impedimento para donar.
4. En "Exclusivo para mujeres":
 - a. Si se marca la pregunta N° 32 con una X en el Sí, también se deberá llenar la fecha según se indica a continuación:
 - Mes en letras o números (2 dígitos, ej.: 03).
 - Año en número completo, no únicamente los dos últimos dígitos, por ejemplo: 2014 -correcto-, y no 14 -incorrecto-.
 - b. Si se marca la pregunta N° 34 con una X en el Sí, también se deberá llenar la fecha según se indica a continuación:
 - Día en número (ej.: 06, o 6).
 - Mes en letras o números (ej.: marzo; 03, o 3).
 - Año en número completo, no únicamente los dos últimos dígitos, por ejemplo: 2015 -correcto-, y no 15 -incorrecto-.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que los datos ingresados por el donante sean claros y sean escritos en el formato requerido en cuanto a día, mes y año se refiere.

8.4. Bloque D: Declaración y consentimiento informado del donante

4. DECLARACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE: Apreciado Donante, lea con atención antes de firmar.		
Yo,	MARÍA ELIZABETH SEVILLA SALAS	con CI: 171600XXX
<p>Por mi propio derecho y de manera libre, voluntaria e informada, DECLARO que la información confidencial proporcionada en este documento y en la entrevista es verdadera y que, en caso contrario asumo toda la responsabilidad. Que, he sido informado sobre el procedimiento de la donación de sangre y/o componentes sanguíneos, de las posibles reacciones adversas que puedo sufrir durante o después de la extracción de sangre propias de estos procedimientos, y que todas mis dudas y preguntas me fueron aclaradas. CONSIENTO para que mi sangre, a título gratuito, sea utilizada exclusivamente para fines transfusionales y, que se realice en mi sangre las pruebas necesarias para identificar el VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis y Chagas que pueden causar daño en el receptor. Si los resultados resultan reactivos, este Servicio debe citarme para la toma de nuevas muestras para confirmar dichos resultados. Los resultados reactivos confirmados se me informarán de manera personal y confidencial. Si este Servicio luego de (3) intentos por comunicarse conmigo a las direcciones y teléfonos registrados por mí en este documento o, si se contactaron y yo no me acerqué al mismo, este Servicio notificará los resultados a la autoridad de salud que corresponde.</p>		
Firma en la ciudad de:	GUAYAQUIL	Fecha: 22/03/2015 Firma o huella digital: 

Terminado de contestar el cuestionario, el donante deberá leer atentamente la declaratoria de consentimiento informado, luego de lo cual, el donante llenará y firmará el consentimiento según los campos requeridos.

1. Yo: en el campo dispuesto, el donante escribirá su nombre completo con dos (2) nombres -si los tiene- y dos (2) apellidos.
2. Con CI: el donante escribirá el número de su cédula de identidad según lo indica el documento entregado.


Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar durante la entrevista que el nombre completo y el número de cédula de identidad (de 10 dígitos) registrados por el donante correspondan con el documento de identidad entregado al servicio de sangre.

En caso de un donante extranjero, si no cuenta con cédula de identidad emitida en Ecuador, se debe ingresar en el mismo casillero el número de identidad según consta en su pasaporte.

3. Firmo en la ciudad de: se deberá verificar que el donante escribió de manera clara la ciudad en la que se realiza la donación.
4. Fecha: escribir de manera clara la fecha en la que se firma el consentimiento informado, en formato dd/mm/aaaa; debe coincidir con la fecha de la donación del donante.
5. Firma o huella digital: se verificará que el donante firme o marque con su huella digital el consentimiento informado, como constancia de que ha sido leído y aceptado por el donante de manera voluntaria y sin ningún tipo de coerción.

Nota: el profesional de salud que realiza la selección del donante debe verificar que la firma o la huella digital marcada coincidan con el documento de identidad entregado al servicio de sangre para la donación.

8.5. Bloque E: Autoexclusión voluntaria del donante

5. AUTOEXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL DONANTE (Para uso exclusivo del Donante)	
Estimado/a Donante, usted va a donar o ya donó sangre. Si usted considera que sus respuestas no fueron verdaderas durante la entrevista o en el Formulario porque sintió temor, vergüenza, fue obligado o presionado por alguna circunstancia, y piensa que su sangre NO es segura para ser transfundida a otra persona, todavía está a tiempo para evitar causarle cualquier infección al paciente que la reciba por transfusión. Por ello, acudimos a su sensibilidad, valores y principios, para que nos responda con la VERDAD y de manera CONFIDENCIAL, la siguiente pregunta:	
¿CONSIDERA QUE SU SANGRE ES SEGURA PARA TRANSFUNDIRSE A OTRA PERSONA?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/>
Deposite este cupón en el buzón antes de retirarse. Cualquier duda COMUNIQUESE CON NOSOTROS INMEDIATAMENTE.	
MSP-DNEA-S-RIS-FORM-44-FSDS-08-01-2016	
<p>Reducción Servicio Sangre</p> <p>Código Donante: CODIGO ALFANUMERICO</p>  <p>Fecha de emisión (d/m/año)</p>	

8.5.1. Autoexclusión voluntaria del donante

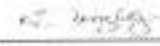
El personal que asesora al donante, debe explicar la importancia de la autoexclusión y solicitar que lea el apartado del formulario correspondiente a la misma; se espera que el donante conocedor de lo expuesto marque con una X en Sí o No según sea su respuesta a la pregunta.

Nota: el diligenciamiento del talonario de autoexclusión voluntaria es exclusiva del donante, por lo cual el servicio de sangre debe asegurar el momento y espacio adecuado; el correcto llenado del mismo, también depende de la adecuada sensibilización que los profesionales de salud que intervienen en la selección y extracción de la unidad sanguínea realicen al donante durante todo el proceso.

8.5.2. Código de la donación

Adherir la etiqueta donde consta el código de la donación bajo los parámetros dispuestos en la Norma Técnica de "Donación de Sangre" ⁽¹²⁾ y que es el mismo que el colocado en el formulario de selección del donante de sangre.

8.6. Bloque F: Valoración física del donante, observaciones y decisión de la entrevista de selección

6.1 VALORACIÓN FÍSICA DEL DONANTE -Uso exclusivo del seleccionador-											Identificando de la donación (Marcar con X)					
30	35	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Tipo de Donante	Voluntario	X	Tipo de donación	Alógena	X
Aspecto sano del	Peso (Kg., lb.)	Talla (m)	Hs. (mg/dl.)	H30 (%)	Temp. (°C)	Flebo (p/min)	Presión arterial (mm Hg)	Brazo sin lesiones			Compensatorio			Autóloga		
<input checked="" type="checkbox"/> NO	55	1,55	12,8	42,24	37	90	80-60	<input checked="" type="checkbox"/> NO			Frecuencia de donación:	Primer vez		Repetido (d)	3	Ocasional
6.2 OBSERVACIONES / ACLARACIONES (evaluación, entrevista, valoración física y extracción):											ABORTO CON RECUPERACIÓN HACE 11 MESES.					
VACUNA PARA INFLUENZA HACE 3 DÍAS.																
PRESENTÓ REACCIÓN LOCAL EN LA EXTRACCIÓN.																
6.3 DECISIÓN DE LA ENTREVISTA Y VALORACIÓN FÍSICA DEL DONANTE -Seleccionador-																
(Marcar con X) ACEPTADO <input type="checkbox"/> DIFERIDO TEMPORAL <input checked="" type="checkbox"/> DIFERIDO PERMANENTE <input type="checkbox"/>																
Causa: VACUNA Y ABORTO HACE 11 MESES Causa: _____																
Tiempo 1 MES																
Seleccionador: (Nombre / Apellido) ROSALÍA JÁCOME Firma: 																

8.6.1. Valoración física del donante (uso exclusivo del seleccionador)

1. Ingresar los datos que corresponden en los casilleros que corresponden y según los criterios requeridos.
2. Aspecto sano del donante: marcar con una X en el casillero Sí o No, según la apariencia física del donante al momento de la selección parezca sana o no.
3. Peso: ingresar el peso del donante en número, según la medición que se realiza que puede ser en kilogramos (Kg.) o libras (lb.).
4. Talla: ingresar la talla del donante en número según la medición en metros (m).
5. Hemoglobina (Hb): ingresar el valor de la hemoglobina del donante en número según la medición realizada en miligramos por decilitro (mg/dL).
6. Hematocrito (Hto.): ingresar el valor del hematocrito del donante en número medido en porcentaje (%).
7. Temperatura (Temp.): ingresar el valor de la temperatura del donante, medido en grados centígrados (°C), tomado durante el proceso de la selección.
8. Pulso: ingresar el valor del pulso del donante, en pulsaciones por minuto (p/min), medido durante el proceso de la selección.
9. Presión arterial: ingresar el valor de la presión arterial del donante, medido en milímetros de mercurio (mm/Hg), medido durante el proceso de la selección.
10. Brazo sin lesiones: marcar con una X en el casillero del Sí o No, según se aprecien los brazos, en el área destinada a la flebotomía, estén libres o no de lesiones.

Nota: los valores físicos obtenidos serán analizados según los parámetros dispuestos en la Norma Técnica "Donación de Sangre"⁽⁶⁾ para la decisión de la selección del donante.

8.6.2. Identificación de la donación

1. Tipo de donante: marcar con una X en el casillero correspondiente al tipo de donante, según las definiciones que constan en la Norma Técnica "Donación de Sangre".
 - a. Voluntario
 - b. Compensatorio
2. Tipo de donación: marcar con una X en el casillero correspondiente al tipo de donación a realizar, según las definiciones que constan en la Norma Técnica "Donación de sangre".
 - a. Alogénica
 - b. Autóloga
3. Frecuencia de donación: marcar con una X en el casillero correspondiente a la frecuencia de donación del donante, según los tiempos que constan en la Norma Técnica "Donación de Sangre".
 - a. Primera vez
 - b. Ocasional
 - c. Cuando es un **donante repetitivo**, ingresar en el casillero el número (#) de donaciones anteriores.

8.6.3. Observaciones o aclaraciones del cuestionario, entrevista, valoración física y extracción (uso del seleccionador y flebotomista)

Escribir o ingresar con claridad cualquier dato o explicación de apoyo o con relevancia concernientes a:

- Las respuestas dadas por el donante en el cuestionario.
- Los datos obtenidos en la valoración física.
- La entrevista.
- La extracción de la unidad o componente sanguíneo al donante.

8.6.4. Decisión de la entrevista y valoración física del donante (uso exclusivo del seleccionador).

Definir si el donante es aceptado o es diferido de la donación, según los resultados de la entrevista realizada, de la valoración física y observaciones del cuestionario.

1. Aceptado: marcar con una X en el casillero correspondiente si el donante cumple con todos los criterios determinados en la Norma Técnica "Donación de sangre".⁽⁶⁾
2. Diferido temporal: marcar con una X en el casillero correspondiente si el donante no cumple con uno o algunos criterios determinados en la Norma Técnica "Donación de sangre".⁽⁶⁾ Si el donante es diferido temporalmente, se deberá escribir también los siguientes datos:
 - a. Causa: escribir con claridad y precisión la o las razones de diferimiento temporal.
 - b. Tiempo, escribir en números y letras el tiempo que será diferido el donante según la causa, por ejemplo: 1 mes.
3. Diferido permanente: marcar con una X en el casillero correspondiente si el donante no cumple con uno o algunos criterios determinados en la Norma Técnica "Donación de sangre".⁽⁶⁾ Si el donante es diferido permanentemente se deberá escribir los siguientes datos:
 - a. Causa, escribir con claridad y precisión la o las razones de diferimiento permanente.
4. Seleccionador (nombre / apellido): se deberá anotar de forma clara el nombre y un apellido del profesional de salud encargado de la entrevista y valoración física del donante.
Para el registro del nombre y el apellido, se podría utilizar un sello personal, sin embargo la firma tendrá que ser realizada por el profesional.
5. Firma: registrar de forma clara la firma del seleccionador.
Las sumillas o iniciales no son consideradas como válidas, en tanto el formulario de selección del donante de sangre es un documento legal en los procesos de hemovigilancia y trazabilidad, por lo tanto se requieren estos datos de manera completa y clara.

Nota: el nombre y firma de responsabilidad del seleccionador es necesaria para validar la decisión de aceptación o no del donante tomada durante el proceso de selección.

8.7. Bloque G: Datos de la extracción de sangre y componentes sanguíneos

7. DATOS DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE / COMPONENTES SANGUÍNEOS - Para uso exclusivo del flebotomista -																
(Marcar con X y llenar los campos solicitados).																
SANGRE TOTAL (ST)	Sitio de la flebotomía		Punción		Tiempo de extracción		Bolsa de extracción					Vol. ST extraída (mL)	Peso ST (g)	Extracción completa		
	Brazo izquierdo	Brazo derecho	Única	Varias	Hora inicio	Hora fin	Simple	Doble	Triple	Cuádruple	Código de la bolsa			Fecha de caducidad	SI	NO
	X			(#) 2		09:22	09:32			X		09C12X51	JUNIO 2016	430	430	SI

AFÉRESIS	Componente sanguíneo a obtener	Sitio de la flebotomía		Punción		Tiempo de extracción		Recuento inicial de plaquetas (x10 ⁹ /L)	Ciclos realizados	Vol. extraído (mL)	Kit de aféresis		Extracción completa	
		Brazo izquierdo	Brazo derecho	Única	Varias	Hora inicio	Hora fin				Código de la bolsa	Fecha de caducidad	SI	NO
	Pq		X	X	(#) 1		09:22	10:35	(#) 346	(#) 4	241	09CX12S1	JUNIO 2016	X

8.7.1. Datos de la extracción de sangre / componentes sanguíneos (uso exclusivo del seleccionador)

Marcar con una X los casilleros correspondientes y registrar los valores resultantes de la extracción de sangre y componentes sanguíneos.

8.7.2. Sangre total (ST)

- Sitio de la flebotomía: marcar con una X el brazo donde se realiza la punción para la extracción de la sangre.
 - Brazo izquierdo
 - Brazo derecho
- Punción: marcar o ingresar una X de acuerdo al número de veces que se intentó la punción.
 - Única
 - Varias

En caso que se señale varias, se debe anotar el número de punciones realizadas.

- Tiempo de extracción: ingresar en número y con el formato hh:mm, la hora y minutos en la que se inició y terminó la extracción de sangre.
 - Hora inicio
 - Hora fin
- Bolsa de extracción: marcar e ingresar con una X, según el tipo de bolsa que se utilizó para la recolección de la sangre.
 - Simple, doble, triple o cuádruple
 - Anotar el código de la bolsa, con la numeración alfanumérica correspondiente.
 - Anotar la fecha de caducidad de la bolsa de extracción, en mes y año en letras y número o sólo número, es decir: junio-2016 o 06-2016.

5. Volumen de sangre total extraído: ingresar en número, el volumen en mililitros (mL) resultante de la sangre total extraída en la bolsa de extracción.
6. Peso sangre total: ingresar en número el peso en gramos (g) resultante de la sangre total extraída en la bolsa de extracción.
7. Extracción completa: marcar con una X en el casillero del Sí o No, según la extracción se haya completado o no.

8.7.3. Aféresis

1. Componente sanguíneo a obtener; ingresar el nombre del o los componentes sanguíneos a obtener con el procedimiento, completo o con su abreviación.
 - Glóbulos rojos
 - Plaqueta
 - Plasma
 - Leucocitos
 - Multicomponentes
2. Sitio de la flebotomía: marcar con una X el brazo donde se realiza la punción para la extracción de los componentes sanguíneos.
 - a. Brazo izquierdo
 - b. Brazo derecho

8. Punción: marcar o ingresar una X de acuerdo al número de veces que se intentó la punción.
 - a. Única
 - b. Varias

En caso que se señale varias, se debe anotar el número de punciones realizadas.

3. Tiempo de extracción: ingresar en número y con el formato hh:mm, la hora y minutos en la que se inició y terminó la extracción de los componentes.
 - a. Hora inicio
 - b. Hora fin
4. Recuento inicial de plaquetas: ingresar el número de plaquetas medido en microlitros (/uL), previo al procedimiento.
5. Volumen extraído: ingresar en número, el valor del volumen en mililitros (mL) resultante de la extracción del componente sanguíneo.
6. Kit de aféresis: marcar con una X según corresponda:
 - a. Código de la bolsa: ingresar con numeración alfanumérica.
 - b. Fecha de caducidad: ingresar la fecha de caducidad de kit de aféresis, en mes y año en letras y número o sólo número, es decir: junio-2016 o 06-2016.
7. Extracción completa: marcar con una X en el casillero del Sí o No, según la extracción se haya completado o no.

Nota: para realizar la extracción de sangre total o de componentes sanguíneos por aféresis, se debe cumplir con el anexo N° 3 correspondiente al procedimiento para la extracción de sangre de la Norma Técnica "Donación de Sangre"⁽⁶⁾, donde se encuentran lineamientos estandarizados y generales a implementarse.

8.8. Bloque H: Reacciones adversas a la donación (RAD)

H. REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN DE SANGRE (RAD) Flebotomista									
(Marcar con X y llenar campos solicitados)									
¿El Donante presentó RAD? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/>									
Describe los signos y síntomas de la RAD, e identifíquelos (marque X) PALIDEZ, RIGIDEZ EN EL BRAZO IZQUIERDO.									
Local:	<table border="0"> <tr> <td>Hematoma <input type="checkbox"/></td> <td>Punción nerviosa <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sangrado post punción <input type="checkbox"/></td> <td>Flebitis <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Punción arterial <input type="checkbox"/></td> <td>Otros: MAREO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Hematoma <input type="checkbox"/>	Punción nerviosa <input type="checkbox"/>	Sangrado post punción <input type="checkbox"/>	Flebitis <input type="checkbox"/>	Punción arterial <input type="checkbox"/>	Otros: MAREO <input checked="" type="checkbox"/>		
Hematoma <input type="checkbox"/>	Punción nerviosa <input type="checkbox"/>								
Sangrado post punción <input type="checkbox"/>	Flebitis <input type="checkbox"/>								
Punción arterial <input type="checkbox"/>	Otros: MAREO <input checked="" type="checkbox"/>								
General:	<table border="0"> <tr> <td>Síncope <input type="checkbox"/></td> <td>Calambre <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Náusea <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Convulsión <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vómito <input type="checkbox"/></td> <td>Hipotensión <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Espasmo muscular <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Toxicidad por citrato* <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><small>*En caso de uso indebido de citrato.</small></p>	Síncope <input type="checkbox"/>	Calambre <input checked="" type="checkbox"/>	Náusea <input checked="" type="checkbox"/>	Convulsión <input type="checkbox"/>	Vómito <input type="checkbox"/>	Hipotensión <input type="checkbox"/>	Espasmo muscular <input checked="" type="checkbox"/>	Toxicidad por citrato* <input type="checkbox"/>
Síncope <input type="checkbox"/>	Calambre <input checked="" type="checkbox"/>								
Náusea <input checked="" type="checkbox"/>	Convulsión <input type="checkbox"/>								
Vómito <input type="checkbox"/>	Hipotensión <input type="checkbox"/>								
Espasmo muscular <input checked="" type="checkbox"/>	Toxicidad por citrato* <input type="checkbox"/>								
¿Qué tratamiento se aplicó en el Donante con CAMBIO DE POSICIÓN AL DONANTE. SE SOSTIENE EL BRAZO CON ESPASMO. SE BRINDA LÍQUIDO Y SE TRANQUILIZA AL DONANTE.									
¿El Donante se recuperó? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Por qué? CONTINUA CON MAREO									
¿El Donante requirió ser referido? SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Lugar? HOSPITAL XXXX									
¿El Donante requiere control y seguimiento post tratamiento? SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
¿Por qué? MONITOREAR SU RECUPERACIÓN TOTAL.									
Flebotomista: (Nombre / Apellido)	CARLOS RODRÍGUEZ								
Area:	<i>[Firma]</i>								

Se debe identificar la reacción adversa a la donación, el tratamiento aplicado y su resolución.

- ¿El donante presentó reacción adversa a la donación?: marcar con una X en el casillero del Sí o No, de acuerdo si el donante presentó reacciones adversas.
 - Si se marca Sí, se continúa con el llenado del resto de casilleros y se responde a las preguntas indicadas.
 - Si se marca No, se deja en blanco el resto de casilleros y preguntas indicadas.
- Escoja los signos y síntomas de la reacción adversa a la donación, e identifíquelos (marque X): escribir o ingresar con claridad y de manera concisa los síntomas y signos presentados; marcar con una X el tipo de reacción adversa a la donación local y/o general presentada. En caso que se presenten otros, debe escribirlo en el espacio destinado para ello.

Local:	a) Hematoma	d) Punción nerviosa
	b) Sangrado post punción	e) Flebitis
	c) Punción arterial	f) Otro
General:	a) Síncope	e) Calambre
	b) Náusea	f) Convulsión
	c) Vómito	g) Hipotensión
	d) Espasmo muscular	h) Toxicidad por nitrato

3. ¿Qué tratamiento se aplicó en el donante con reacción adversa a la donación?: describir de forma clara y concisa el tratamiento aplicado al donante durante la reacción adversa a la donación.
4. ¿El donante se recuperó?: marcar con una X en el casillero del Sí o No.
 - ¿Por qué?: Si se marca No, contestar la pregunta de manera clara y concisa con la razón por la cual el donante no se recupera.
5. ¿El donante requirió ser diferido?: marcar con una X en el casillero del Sí o No.
 - ¿Lugar?: Si se marca Sí, ingresar el nombre del servicio de salud al cual fue referido el donante.
6. ¿El donante requiere control y seguimiento post tratamiento?: marcar con una X en el casillero del Sí o No.
 - ¿Por qué?: Si se marca Sí, contestar la pregunta de manera clara y concisa con la razón para la cual el donante requiere seguimiento, según la reacción adversa a la donación presentada.
7. Flebotomista (nombre / apellido): se deberá registrar de forma clara un nombre y un apellido del profesional de salud encargado de la extracción sanguínea y de la atención de donantes con reacción adversa a la donación.

Para el registro del nombre y el apellido, se podría utilizar un sello personal, sin embargo la firma tendrá que ser realizada por el profesional.

8. Firma: registrar de forma clara la firma del flebotomista.

Las sumillas o iniciales no son consideradas como válidas, en tanto el formulario de selección del donante de sangre es un documento legal en los procesos de hemovigilancia y trazabilidad, por lo tanto se requieren estos datos de manera completa y clara.

Nota: el nombre y firma de responsabilidad del flebotomista es necesaria para validar el resultado de la extracción de la sangre o componentes sanguíneos, así como de la atención a la reacción adversa a la donación presentada en el donante.

0148-2016

8.9. Bloque I: Autorización para el llenado del formulario de selección del donante de sangre para personas con discapacidad y analfabetos

9. AUTORIZACIÓN PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SELECCIÓN DEL DONANTE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ANALFABETOS	
Yo, (nombre y apellido) <u>CARMEN LÓPEZ</u>	con CI: <u>173400XXXX</u> , como TESTIGO del/a DONANTE:
(2 apellidos) <u>SELLA SALAS</u>	(2 nombres) <u>MARÍA ELIZABETH</u> , declaro que he participado de la información que se le ha proporcionado sobre el procedimiento de la donación de sangre, beneficios, riesgos, deberes y derechos de los donantes; que le he leído las preguntas del cuestionario de la ficha, y que con su autorización he registrado los datos personales solicitados y las respuestas a cada pregunta.
 Firma TESTIGO	 Firma o huella digital DONANTE CI.: <u>171600XXXX</u>

Se debe diligenciar con el ingreso de los datos y firmas / huella digital requeridas.


1. Yo: en el campo dispuesto, escribir el nombre completo de quien actúa como testigo del donante con un nombre y un apellido.
2. Con CI: registrar el número de la cédula de identidad del testigo del donante según lo indica el documento de identidad entregado.
3. Donante: ingresar los dos nombres -si los tiene- y dos apellidos del donante.
4. Firma del testigo: registrar claramente la firma del testigo del donante, la cual debe coincidir con la firma del documento de identidad presentado.
5. Firma o huella digital del donante: registrar la firma o la huella digital del donante, la cual debe coincidir con la registrada en el documento de identidad presentado.
6. CI: ingresar el número de la cédula de identidad del donante, según lo indica el documento entregado.

Nota: el profesional de salud que realiza la atención y selección del donante debe verificar que el nombre y el número de la cédula de identidad (de 10 dígitos) registrado por el testigo y del donante, correspondan con los documentos de identidad entregados al servicio de sangre.

En caso de un donante extranjero, si no cuenta con cédula de identidad emitida en Ecuador, se debe ingresar en el mismo casillero el número de identidad según consta en su pasaporte.

Amaly
29 *Amaly*

8.10. Bloque J: reverso del talonario de autoexclusión

<p>Para donar su sangre, lo invitamos a reflexionar sobre su estado de salud y sus hábitos o prácticas incluso en su vida sexual. Tenga en cuenta que hay enfermedades infecciosas que pueden transmitirse a otra persona a través de la sangre.</p> <p>Por su salud y por la de quien recibirá su sangre, ¡agradecemos su sinceridad!</p> <p style="text-align: right;"> Dono sangre</p> <p>REVERSO DEL TALONARIO DE AUTOEXCLUSIÓN</p>
--

Este bloque corresponde al reverso del talonario de autoexclusión voluntaria del donante, el cual será retirado del formulario de selección del donante de sangre y consta de un texto de sensibilización para lectura del donante durante el proceso de donación.

8.11. Autorizaciones anexas al formulario de selección del donante de sangre

8.11.1. Autorización para donantes autólogos

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y COMPLEMENTARIA</p>	<p>CÓDIGO DEL DONANTE (Usa exclusivo para el Servicio de Sangre) Nombre del Servicio de Sangre</p> <p>Código Donante: CODIGO ALFANUMERICO</p>  <p>Fecha de emisión: (dd/mm/aaaa)</p>
	 <p>I.E.S.S.</p>	<p>AUTORIZACIÓN PARA DONANTES AUTÓLOGOS Banco de Sangre Hospital XXXXX</p>
<p>Yo, <u>MARIA ELIZABETH SEVILLA SALAS</u> con C.I.: <u>171600XXXX</u></p>		
<p>En calidad de Donante-Paciente, por mi propio derecho, de manera libre y voluntaria declaro que he sido informado sobre los procedimientos, fases, tiempos estimados, análisis y pruebas a los que será sometido/a, y que la sangre y componentes sanguíneos donados pueden resultar insuficientes para las necesidades previstas en la cirugía programada. Manifiesto mi voluntad para que se me realice la donación AUTÓLOGA de mi sangre y el uso de la misma solamente en mí.</p>		
 <p>Firma o huella digital del/a Donante</p>		 <p>Dono sangre</p>
<p>N SP-CREAS-PMS-FORM 2 (ADA-08-01200)</p>		

8.11.1.1. Código de la donación

Pegar la etiqueta adhesiva donde consta el código de la donación impresa, según los parámetros dispuestos en la Norma Técnica "Donación de Sangre"⁽⁶⁾

Nota: los profesionales de salud que realizan la selección del donante y la extracción de la unidad de sangre o componentes sanguíneos deben verificar que la etiqueta adhesiva corresponda al código de donación adherido en el formulario de selección del donante de sangre del donante autólogo.

8.11.1.2. Autorización

1. Yo: en el campo dispuesto, escribir los dos nombres -si los tiene- y dos apellidos del donante autólogo.
2. Con CI: registrar el número de la cédula de identidad del donante según lo indica el documento de identidad entregado.

Nota: el profesional de salud que realiza la atención y selección del donante autólogo debe verificar que el nombre y el número del documento de identidad (de 10 dígitos) registrados en la autorización, se correspondan con los registrados en el documento de identidad entregado al servicio de sangre.

En caso de un donante extranjero, si no cuenta con cédula de identidad emitida en Ecuador, se debe ingresar en el mismo casillero el número de identidad según consta en su pasaporte.

3. Firma o huella digital del donante: registrar la firma o la huella digital del donante, la cual debe coincidir con la presente en el documento de identidad exhibido.

8.11.2. Autorización para donación de sangre en menores de edad

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y COMPLEMENTARIA</p>	<p>CÓDIGO DEL DONANTE (Usar exclusivamente para el Servicio de Sangre) Notas del Servicio de Sangre</p> <p>Código/Clave: CODIGO ALFANUMERICO</p>  <p>Fecha de emisión: (d/m/a/a/a/a)</p>
	<p>AUTORIZACIÓN PARA DONACIÓN DE SANGRE EN MENORES DE EDAD Banco de Sangre Hospital XXXXX</p>	
<p>Reciba un cordial saludo de este Servicio de Sangre. Por la presente solicitamos a Usted, Sr/a. Padre / Madre / Tutor Legal, la AUTORIZACION para que su hijo/a / representado legal DONE su sangre.</p>		
<p>Yo, <u>MARÍA ELIZABETH SEVILLA SALAS</u> con CI: <u>171600XXXX</u></p>		
<p>en calidad de Padre / Madre / Tutor Legal AUTORIZO al Sr./Sra.:</p>		
<p>Apellidos (2): <u>CASTRO SEVILLA</u> Nombres (2): <u>JOSÉ MIGUEL</u></p>		
<p>con CI: <u>170100XXXX</u>, para que, mediante los procedimientos estandarizados y de calidad</p>		
<p>necesarios, done su sangre de manera voluntaria altruista y no remunerada, y forme parte del grupo de personas que ayudan a salvar vidas a través de su acto responsable y humanitario. Para constancia, adjunto copia legible de mi Cédula de Ciudadanía.</p>		
<p style="text-align: center;">  Firma o huella digital del/a Padre/Madre/Tutor </p>		

8.11.2.1. Código de la donación

Pegar la etiqueta adhesiva donde consta el código de la donación impresa, según los parámetros dispuestos en la Norma Técnica "Donación de Sangre"⁽⁶⁾

Nota: los profesionales de salud que realizan la selección del donante y la extracción de la unidad o componente sanguíneo debe verificar que la etiqueta adhesiva corresponda al código de donación adherido en el formulario de selección del donante de sangre del donante menor de edad.

8.11.2.2. Autorización

1. Yo: en el campo dispuesto, escribir el nombre completo con dos nombres -si los tiene- y dos apellidos del representante legal del donante menor de edad (17 años).
2. Con CI: ingresar el número de la cédula de identidad del representante legal del donante menor de edad (17 años) y la Autorización.
3. Apellidos y Nombres del donante menor de edad: escribir los dos nombres -si los tiene- y dos apellidos, lo cual debe coincidir con los nombres y apellidos del documento de identidad entregado por el menor.
4. Con CI: ingresar el número de la cédula de identidad del donante menor de edad (17 años), según lo indica el documento entregado junto a la Autorización.
5. Firma o huella digital del padre/madre/tutor legal: ingresar la firma o la huella digital del representante legal del donante menor de edad (17 años), la cual debe coincidir con la que conste registrada en el documento de identidad.

Nota: el profesional de salud que realiza la atención y selección del donante menor de edad debe verificar que los nombres y números de la cédula de identidad (de 10 dígitos) ingresados en la autorización correspondan con los documentos entregados al servicio de sangre.

En caso de ser extranjero, si no cuenta con cédula de identidad emitida en Ecuador, se debe ingresar en el mismo casillero el número de identidad según consta en su pasaporte.

La autorización para la donación de sangre en menores de edad cuenta con una sección informativa para el representante legal, donde consta una introducción sobre el servicio de sangre, los requisitos generales para donar sangre, los pasos para la donación y sensibiliza sobre el uso de la autoexclusión como un acto responsable del donante.

0148-2016

REQUISITOS GENERALES PARA DONAR SANGRE	PASOS GENERALES QUE SE REALIZAN EN LA DONACION DE SANGRE
<ul style="list-style-type: none"> * Tener buena salud y voluntad de ayudar a los demás. * Presentar el documento de identificación (cédula de identidad). * Tener entre 17 y 65 años de edad. De 17 años presentar la Autorización para Menores de Edad. * Haber desayunado o almorzado normalmente, evitando lácteos y grasas. * Pesar mínimo 110 libras (50 kilos). * Haber cumplido con las horas mínimas de sueño (6 horas). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deberá llenar el Formulario de Selección del Donante de Sangre. La información registrada es confidencial. 2. Se le realizará una entrevista, una revisión física y de signos vitales para determinar si puede o no donar sangre en ese momento. 4. Si fue aceptado como donante se le extraerá una unidad de sangre o "pinta". Este procedimiento dura entre 5 a 12 minutos. El volumen a extraer es máximo de 450ml que corresponde a una décima parte del volumen total que tenemos circulando (de 8 a 10 pintas y donamos sólo 1 pinta). 5. Luego de la donación deberá descansar sentado/a por 10 minutos. 6. Deberá recibir un refrigerio gratuito para restablecer su nivel de azúcar y la volemia en su cuerpo. <p>Recomendaciones: Después de donar deberá tomar abundantes líquidos durante el día, no realizará esfuerzos extenuantes en las próximas 24 horas, alimentarse normalmente y no fumar ni consumir bebidas alcohólicas.</p>

Debe saber Usted que el donante tiene el derecho de **AUTOEXCLUIRSE** de la donación, durante y después de haberla realizado, al informar de manera **CONFIDENCIAL**, que su sangre no debe ser utilizada porque considere que existe algún riesgo para la persona que la recibe.

MSP-ONSAB-FWS-FORM 29-AD3ME-06-012016




 33 

9. Capítulo 2: Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos (RMASSCPSCS) y registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada (RANMDSSRC)

9.1. Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos (RMASSCPSCS)

Generalidades

- a. El registro consta de 10 bloques desde el bloque A hasta el bloque J, cada uno de ellos se encuentra estructurado de acuerdo a la relación entre variables y optimización del tiempo para el llenado.
- b. Ingresar datos numéricos y de texto desde el bloque A hasta el bloque J según corresponda, el registro contiene fórmulas, por lo que no es preciso realizar ninguna modificación. En caso que se parametrize en un paquete de programas, deberá mantener la misma estructura y contenidos.
- c. Los centros de colecta, centros de colecta y distribución, deberán llenar el registro mensual automatizado de servicios de sangre solo desde el bloque A hasta el bloque E2, de acuerdo a las instrucciones del llenado.
- d. Los centros de colecta y los centros de colecta y distribución registrarán los datos procedentes de las donaciones que realizan de las colectas extramurales, incluidos de las unidades móviles; los bancos de sangre registrarán los datos procedentes de unidades móviles si las tuvieran, y de puntos de colectas intramurales y extramurales, y los hemocentros en función de la tipología registrarán los datos únicamente de las colectas extramurales.
- e. Para el reporte de los concentrados de plaquetas que sean sometidos a proceso de leucorreducción (por filtración) reportar en forma numérica en el memorando que se adjunta al informe.
- f. El Jefe/Director/Responsable del servicio de sangre deberá enviar la información del registro mediante oficio suscrito, al Responsable Zonal del Programa Nacional de Sangre (PNS), dentro de los primeros cinco días laborables del siguiente mes, quien revisará que el registro no contenga errores e inconsistencias, y consolidará la información de los servicios de sangre de su zona en una base de datos; en caso de existir observaciones deberá solicitar al servicio de sangre las rectificaciones pertinentes. Las observaciones deberán ser resueltas en un plazo máximo de tres días calendario posterior a la comunicación. Una vez que el responsable zonal del Programa Nacional de Sangre haya consolidado la información de los servicios de sangre, siguiendo el órgano regular, remitirá el archivo digital en formato 97-2003 consolidado, mismo que contendrá las matrices de todos los servicios de sangre de la zona, al Coordinador Zonal del Ministerio de Salud Pública, quien enviará finalmente al Programa Nacional de Sangre por el Sistema de Gestión Documental la información mensual consolidada, durante los primeros quince días del mes vencido.

9.1.1. Bloque A: Datos del servicio de sangre

BLOQUE A: DATOS DEL SERVICIO DE SANGRE	
Zona: <input type="text" value="B"/>	Dirección: <input type="text" value="Av. Universidad"/>
Provincia: <input type="text" value="Pichincha"/>	Teléfono: <input type="text" value="01 2928100 ext. 3429"/>
Ciudad: <input type="text" value="Quito"/>	Código: <input type="text" value="BancoSangre@com@telmex.com"/>
Distrito: <input type="text" value="LITD08"/>	Electrónico: <input type="text" value=""/>
Ciudad: <input type="text" value="LITD08B"/>	Red a la que pertenece: <input type="text" value="Red Pública: X"/>
Código del SS: <input type="text" value=""/>	Red Complementaria: <input type="text" value=""/>
	Horario de atención del Servicio de Sangre:
	Lunes a Viernes: <input type="text" value="24 horas"/>
	Sábado: <input type="text" value="24 horas"/>
	Domingo: <input type="text" value="24 horas"/>
	Feriado: <input type="text" value="24 horas"/>
	Horario de atención para el donante de sangre:
	Lunes a Viernes: <input type="text" value="7:00 a 17:00"/>
	Sábado: <input type="text" value="7:00 a 15:00"/>
	Domingo: <input type="text" value="7:00 a 15:00"/>
	Feriado: <input type="text" value="7:00 a 15:00"/>
	Nº de unidades móviles de colecta de sangre: <input type="text" value="3"/> (si las tiene)
	Tipología: Banco de Sangre: <input type="text" value="X"/>
	Hemacentros: <input type="text" value=""/>
	Centro de Colecta: <input type="text" value=""/>
	Centro de Colecta y Distribución: <input type="text" value=""/>

En este bloque se debe registrar los datos generales del servicio de sangre, ubicación, red a la que pertenece, tipología y, horarios de atención del servicio de sangre.

1. Zona: se debe identificar y llenar con el número de la zona de planificación territorial⁽¹⁷⁾ a la cual pertenece el servicio de sangre.
2. Provincia: identificar y registrar el nombre de la provincia a la cual pertenece el servicio de sangre, según la división política administrativa del Ecuador.⁽¹⁸⁾
3. Ciudad: identificar y registrar la ciudad en donde está ubicado el servicio de sangre⁽¹⁸⁾.
4. Distrito y Circuito: se debe registrar el código del distrito y circuito del establecimiento de salud al que pertenece el servicio de sangre⁽¹⁷⁾.
5. Código del servicio de sangre: se registrará el código (unicódigo) asignado a los establecimientos de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud tanto de la Red Pública Integral de Salud como de la Red Privada Complementaria, dentro de los cuales se localizan los servicios de sangre⁽¹⁸⁾.

Handwritten signature and initials

Nota: para los servicios de sangre extrahospitalarios o quienes no cuenten aún con la asignación del unicódigo por la Autoridad Sanitaria Nacional, deben colocar NA (no aplica), hasta que éste sea definido y socializado.

6. Dirección: registrar la dirección exacta (calles e intersecciones) donde está ubicado el servicio de sangre.
7. Teléfono: registrar el número telefónico fijo del servicio de sangre, con su código provincial y respectivas extensiones.
8. Correo electrónico: registrar el actual correo electrónico del servicio de sangre. En el caso de que no posea correo electrónico, colocar el correo electrónico del responsable del servicio de sangre.
9. Red a la que pertenece: registrar con una X la red que pertenece el servicio de sangre, sea esta la Red Pública Integral de Salud o la Red Privada Complementaria:

Red Pública Integral de Salud (RPIS)

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

Red Privada Complementaria (RPC)

- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (varios núcleos)
- Junta de Beneficencia de Guayaquil
- Blood Center
- Clínica Alcivar
- Clínica Kennedy
- Clínica Panamericana
- Hospital Metropolitano
- Cruz Roja Ecuatoriana
- Clínica Kennedy

10. Tipología: anotar con una X según la tipología del servicio de sangre, de conformidad con la normativa vigente. Puede ser un centro de colecta, centro de colecta y distribución, banco de sangre o un hemocentro.
11. Número de unidades móviles que colectan sangre: registrar el número de unidades móviles que dependen del servicio de sangre, si no tiene ninguna registrará 0.
12. Horario de atención del servicio de sangre: registrar el horario en el cual el servicio de sangre atiende al público en general.
13. Horario de atención para el donante de sangre: registrar el horario del servicio de sangre para la atención del donante y colecta de sangre.

9.1.2. Bloque B: Datos del responsable del servicio de sangre.

BLOQUE B: DATOS DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SANGRE			
Nombre del Responsable:	Leda, Martha Gabela	Mes de Reporte:	Febrero
Correo electrónico institucional: <u>banco sangre@hacam.com</u>	Correo Personal: <u>martha.gabela2009@gmail.com</u>	Fecha de Elaboración:	<u>15/03/2015</u>
Teléfono Institucional: <u>02-3958300 ext: 1204</u>	Celular: <u>997923470</u>		<u>dd/mm/aa</u>

En este bloque se registra los datos generales del Jefe/Director/Responsable del servicio de sangre.

1. Nombre del responsable: se debe registrar nombres y apellidos completos del responsable del servicio de sangre.
2. Correo electrónico institucional: registrar el correo electrónico institucional donde labora el responsable del servicio de sangre, así como el correo personal.
3. Teléfono institucional: registrar el número de teléfono del servicio de sangre donde labora el responsable y sus respectivas extensiones; así como el número de celular del responsable.
4. Mes de reporte: registrar el mes al cual pertenece el reporte de la información que consta en el registro (los datos deben corresponder al mes anterior o mes caído).
5. Fecha de elaboración: anotar la fecha de elaboración del registro, en el siguiente orden día, mes y año (dd/mm/aa).

Ornel
del

9.1.3. Bloque C: Promoción de la donación voluntaria de sangre.

BLOQUE C: PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE							
Nº de eventos de sensibilización	Nº de colectas extramurales realizadas	Población Objetivo	Nº de personas sensibilizadas	Sensibilización del donante			
				Medios Informativos utilizados		Medios de comunicación utilizados	
				Tipo		Tipo	
3	2	Estudiantes Colegio	10	Tríptico	SI	Televisión	SI
		Estudiantes Universitarios			NO		NO
		Servidores Públicos		Volante		Radio	NO
		Trabajadores Privados					
		Líderes Comunitarios		Afiche	SI	Prensa	NO
		Personal Militar		Banner / Lona	SI	Web	SI
		Personal Policial					
Otros:	20	Otros:	NO	Redes Sociales	SI		
3	2	TOTAL	30				

En este bloque la promoción de la donación voluntaria de sangre consta de 5 variables en las cuales hay que registrar lo siguiente:

- Nº de eventos de sensibilización: registrar el número de eventos de sensibilización a los donantes o posibles donantes de sangre, que realizó durante el mes el servicio de sangre, según su planificación.
- Nº de colectas extramurales realizadas: registrar el número de colectas de sangre extramurales que realizó durante el mes el servicio de sangre, según su planificación.
- Población Objetivo: registrar el público objetivo al cual fueron dirigidas sus actividades de promoción durante el mes, pueden ser:
 - Estudiantes colegio
 - Estudiantes universitarios
 - Servidores públicos
 - Trabajadores privados
 - Líderes comunitarios
 - Personal militar
 - Personal policial
 - Otros: Anotar el número de personas sensibilizadas que no correspondan a la población antes señalada.
- Nº de personas sensibilizadas: registrar el número de personas que participaron durante el mes informado, en las actividades de sensibilización del servicio de sangre, según su población objetivo y planificación. En eventos masivos en los que no se pudo registrar todos los participantes se anotará un aproximado.
- Sensibilización del donante: elegir el medio informativo que utilizó durante el mes, el servicio de sangre para sus actividades de promoción y sensibilización; en el medio elegido registrar SI o NO, los medios de comunicación con mayor frecuencia utilizados son:
 - Medios Informativos:
 - Tríptico

0148-2016

- Volante
- Afiche
- Banner/lona
- Otros: cualquier otro medio de información que se utilice.

b. Medios de Comunicación:

- Televisión
- Radio
- Prensa
- Web
- Redes Sociales

9.1.4. Bloque D: Donación de sangre

El bloque D, donación de sangre, consta de 3 sub bloques D1, D2 y D3.

9.1.4.1. Bloque D1: Donantes de sangre según tipo de colecta, tipo de donante y frecuencia de la donación

BLOQUE D: DONACIÓN DE SANGRE															
BLOQUE D1 : Donantes de sangre según tipo de colecta, tipo de donante y frecuencia de la donación															
Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes Atendidos	Nº de donantes Deseo Permanentemente	Nº de donantes Deseo Temporalmente	Nº de donantes que no cumplen la donación	Nº de donantes sustitución	Nº de donantes efectivos	Nº de donantes no efectivos	Frecuencia de donación						TOTAL
									Donantes Efectivos		Donantes No efectivos		Primera vez	Ocasionales	
								Primera vez	Repetitivos	Ocasionales	Primera vez	Repetitivos			Ocasionales
Intrínseca Sangre Total	Voluntarios	200	5	5	2	1	187	11	100	80	7	10	3	0	200
	Compensatorio	25	30	2	1	0	33	13	10	0	2	13	0	0	25
	Renunciados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Autólogos	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	227	35	7	3	3	201	26	112	90	9	23	3	0	0
Extrínseca por Aféresis	Voluntarios	5	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	5
	Compensatorio	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
	Autólogos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Renunciados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	6	0	0	0	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0
Extrínseca Sangre Total	Voluntarios	50	5	5	5	0	35	15	35	0	0	5	10	0	50
	Compensatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Renunciados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	50	5	5	5	0	35	15	35	0	0	5	10	0	50
TOTAL	283	20	12	8	3	242	41	153	90	9	28	3	0	0	283

1. N° de donantes atendidos: determinar el número total de donantes atendidos en el servicio de sangre durante el mes informado, luego registrar el número de donantes según hayan sido voluntarios, compensatorios, remunerados (en el registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre hay una variable que es el tipo de donación y estas pueden ser: voluntaria, compensatoria y remunerada, por lo tanto los servicios de sangre que remitan la información en este bloque deben reportarlo en 0) y autólogos; y estos, según hayan sido atendidos en colectas intramural, extramural o por aféresis.
2. N° de donantes diferidos permanentemente: determinar el número total de donantes diferidos permanentemente (ver la Norma Técnica "Donación de sangre" 2015),⁽⁶⁾ en el servicio de sangre durante el mes informado, luego registrar como corresponda, los datos se registrarán según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos; y estos, según hayan sido diferidos en colectas intramural, extramural o en procedimientos de aféresis.
3. N° de donantes diferidos temporalmente: determinar el número total de donantes diferidos temporalmente en el servicio de sangre durante el mes informado, luego registrar el número de donantes que hayan sido diferidos temporalmente debido a que en ese momento no cumplieron con los requisitos de elegibilidad como donantes (ver la Norma Técnica "Donación de sangre" 2015)⁽⁶⁾; los datos se registrarán según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos; y estos, según hayan sido diferidos en colectas intramural, extramural o en procedimientos de aféresis.
4. N° de donantes que no concluyeron la donación: determinar el número total de donantes que no hayan concluido el procedimiento de la donación por cualquier situación en el servicio de sangre, durante el mes informado; los datos se registrarán según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos; y estos, según se hayan presentado en colectas intramural, extramural o en procedimientos de aféresis.
5. N° de donantes autoexcluidos: determinar el número total de donantes que se autoexcluyeron en la donación, en el servicio de sangre, durante el mes informado, sea pre o postdonación; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos; y estos, según se hayan autoexcluido en colectas intramural, extramural o en procedimientos de aféresis.
6. N° de donantes efectivos: determinar el número total de donantes que efectivamente donaron en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos; este dato se obtiene al restar del total de donantes atendidos; los donantes diferidos permanente y temporalmente, los que no concluyeron la donación y los autoexcluidos. Este dato es relevante ya que no todos los donantes son aptos, ni los puncionados se traducirán en una unidad que vaya a ser procesada. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
7. N° de donantes no efectivos: determinar el número total de donantes que no resultó efectiva su donación en el servicio de sangre, por cualquier circunstancia, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan

sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados y autólogos. Este valor resulta de la suma de los donantes diferidos permanente y temporalmente, los que no concluyeron la donación y los autoexcluidos o, es la diferencia entre los donantes atendidos y los efectivos. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipularlo por ningún motivo).

8. Frecuencia de donación: en este apartado se registra la frecuencia de donación, según hayan sido donantes efectivos o no efectivos, y según estos realizaron su donación por primera vez, fueron donantes repetitivos u ocasionales.

a. Donantes efectivos: según lo registrado en donantes efectivos.

- Primera vez: determinar el número total de donantes que realizaron por primera vez en la vida una donación y ésta haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.
- Repetitivos: determinar el número total de donantes que realizaron de manera repetida una donación (al menos 2 veces y la última donación la realizó en los últimos 12 meses) y ésta haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.
- Ocasionales: determinar el número total de donantes que realizaron de manera ocasional una donación (al menos 1 vez en la vida del donante, pero ninguna ocasión en los últimos 12 meses) y ésta haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.

b. Donantes no efectivos: según lo registrado en donantes efectivos.

- Primera vez: determinar el número total de donantes que realizarían por primera vez en la vida una donación y ésta no haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.
- Repetitivos: determinar el número total de donantes que realizarían de manera repetida una donación (al menos 2 veces y la última donación la realizó en los últimos 12 meses) y ésta no haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.
- Ocasionales: determinar el número total de donantes que realizarían de manera ocasional una donación (al menos 1 vez en la vida del donante, pero ninguna ocasión en los últimos 12 meses) y ésta no haya sido efectiva, en el servicio de sangre, durante el mes informado; luego, registrar los datos según hayan sido donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos.

9. Subtotal: se refiere a los totales por cada variable, es decir según tipo de colecta, tipo de donación y frecuencia de donación. En formato Excel, estas filas se calculan automáticamente (no manipular por ningún motivo).

10. Total (derecha): se refiere al total de donantes atendidos y corresponde a la suma de las variables de frecuencia de donación, donantes efectivos de primera vez, repetitivos y ocasionales y donantes no efectivos de primera vez, repetitivos y ocasionales; este total debe coincidir con el total de los donantes atendidos. En formato Excel, esta columna se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
11. Total (Inferior): se refiere al total de cada una de las variables y corresponde a la suma de los subtotales por tipo de colecta, de cada una de las variables que se solicita colocar los datos al servicio de sangre.

9.1.4.2. Bloque D2: Reacción adversa a la donación de sangre

BLOQUE D2 : Reacción Adversa a la Donación de Sangre		
Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes que presentaron RAD
Intramural Sangre Total	Voluntarios	1
	Compensatorio	
	Remunerados	
	Autólogos	
	SUBTOTAL	1
Intramural por Aféresis	Voluntarios	
	Compensatorio	1
	Autólogos	
	Remunerados	
	SUBTOTAL	1
Extramural Sangre Total	Voluntarios	1
	Compensatorio	
	Remunerados	
	SUBTOTAL	1
TOTAL		3

En este bloque existen variables como el tipo de colecta y el tipo de donante las cuales fueron descritas en el bloque D1, y el Nº de donantes que presentaron reacción adversa a la donación.

1. Nº de donantes que presentaron reacción adversa a la donación : determinar el número total de donantes que presentaron una reacción adversa a la donación, durante el mes informado; luego, registrar los datos discriminadamente según los hayan presentado los donantes voluntarios, compensatorios, remunerados o autólogos; y estos, según hayan sido en colecta intramural, extramural o en procedimientos de aféresis. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
2. Subtotal: deben sumar las cifras correspondientes a las variables según tipo de colecta y tipo de donante.
3. Total: es la suma de los subtotales. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).

9.1.4.3. Bloque D3: Tipo de reacción adversa a la donación

BLOQUE D3: Reacción Adversa a la Donación de Sangre			BLOQUE D3: Tipo de reacción adversa a la donación																		
Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes que presentaron RAD	RAD LOCALES					RAD GENERALES													
			Hematoma	Sangrado postpunción	Punción Arterial	Punción Nerviosa	Flebitis	Otras	Sincope	Náusea	Vómito	Espasmo Muscular	Convulsiones	Hipotensión	Otros						
Intravenosa Sangre Total	Voluntarios	1	1																		
	Compensatorio																				
	Remunerados																				
	Autólogos																				
	SUBTOTAL	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Intravenosa por Aféresis	Voluntarios																				
	Compensatorio	1																			
	Autólogos																				
	Remunerados																				
	SUBTOTAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entrenasal Sangre Total	Voluntarios																				
	Compensatorio																				
	Remunerados																				
	SUBTOTAL	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL DE DONANTES CON RAD QUE FUERON REFERIDOS A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En este bloque existen dos tipos de reacción adversa a la donación, las locales y las generales.

a. Reacciones adversas locales: se debe registrar según corresponda el número de las reacciones adversas presentadas en los donantes en el servicio de sangre, durante el mes informado.

- Hematoma
- Sangrado pos punción
- Punción arterial
- Punción nerviosa
- Flebitis y/o tromboflebitis
- Otros: se indicará otro tipo de reacción adversa local que no esté descrita anteriormente.

- b. Reacciones adversas generales: se debe registrar según corresponda el número de las reacciones adversas presentadas en los donantes en el servicio de sangre, durante el mes informado.
- Síncope vaso vagal
 - Náusea
 - Vómito
 - Espasmo muscular
 - Convulsiones
 - Hipotensión ortostática
 - Toxicidad por citrato
 - Otros: se indicará otro tipo de reacción adversa general que no esté descrita anteriormente.
1. Reacciones adversas a la donación locales: registrar el número donantes que presentaron reacciones adversas a la donación locales según el tipo de la reacción adversa a la donación (mencionado en el párrafo anterior), además según el tipo de colecta y el tipo de donante.
 2. Reacciones adversas a la donación generales: registrar el número donantes que presentaron reacciones adversas a la donación generales, según el tipo de la reacción adversa a la donación (enlistado en el párrafo anterior), además según el tipo de colecta y el tipo de donante.
 3. Subtotal: se refiere a la suma de todas las columnas que corresponden a los donantes con reacciones adversas (locales o generales), además por tipo de colecta y por tipo de donante descritas en los párrafos anteriores, las celdas del subtotal se suman de manera automática en formato Excel, (no manipular por ningún motivo).
 4. Total: corresponde a la suma de los subtotales de cada una de las variables del bloque D3, que se solicita reportar al servicio de sangre, estas filas se suman de manera automática en formato Excel, (no manipular por ningún motivo).
 5. Total de donantes con reacciones adversas a la donación que fueron referidos a un establecimiento de salud: registrar el total en números de donantes con reacciones adversas a la donación locales y generales que fueron referidos a un establecimiento de salud, es decir reacciones adversas a la donación que no pudieron resolverse en el servicio de sangre.

9.1.5. Bloque E: Donantes efectivos

En el bloque E se incluyen los bloques E1 y E2.

9.1.5.1. Bloque E1: Sexo y edad de donantes efectivos según tipo de colecta y tipo de donante

9.1.5.1.1. Sexo de los donantes

Tipo de colecta	Tipo de Donante	Sexo de los donantes		Total	Edad de los donantes.						Total
		Mujer	Hombre		* < 18 años con autorización del representante legal	18 a 29 años	30 a 41 años	42 a 53 años	54 a 65 años	* > 65 años con autorización médica	
Intramural Sangre Total	Voluntarios	100	87	187	5	15	100	40	20	7	187
	Compensatorio	10	2	12	1	3	4	2	1	1	12
	Remunerados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Autólogos	0	2	2	0	0	1	1	0	0	2
	SUBTOTAL	110	91	201	6	18	105	43	21	8	201
Intramural por Aféresis	Voluntarios	2	3	5	0	1	2	2	0	0	5
	Compensatorio	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
	Autólogos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Remunerados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	3	3	6	0	1	3	2	0	0	6
Extramural Sangre Total	Voluntarios	25	10	35	5	5	15	5	2	3	35
	Compensatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Remunerados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	25	10	35	5	5	15	5	2	3	35
TOTAL		138	104	242	11	24	123	50	23	11	242

1. Mujer: registrar el número de donantes efectivos que correspondan a mujeres que acuden a donar sangre en el servicio de sangre, durante el mes informado, de acuerdo al tipo de colecta y tipo de donante.
2. Hombre: registrar el número de donantes efectivos que correspondan a hombres que acuden a donar sangre en el servicio de sangre, durante el mes informado, de acuerdo al tipo de colecta y tipo de donante.
3. Subtotal: se refiere a la suma de todas las columnas que corresponden a las variables mujer, hombre, además por tipo de colecta y tipo de donante, las celdas del subtotal se suman de manera automática en formato Excel, (no manipular por ningún motivo). Total (izquierda): se refiere a la suma de las variables (hombre o mujer) de acuerdo al tipo de colecta y al tipo de donante. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
4. Total: (inferior): corresponde al total de la suma de los subtotales, de acuerdo al tipo de colecta, tipo de donante y de las variables hombre y mujer. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).

9.1.5.1.2. Edad de los donantes.

El que corresponda según el rango de edad.⁽⁶⁾

1. * < 18 años con autorización de su representante legal : registrar el número de donantes efectivos que corresponden a la edad de 17 años, según el tipo de colecta y tipo de donante, en el servicio de sangre, es decir, *"Los adolescentes de 17 años pueden ser donantes si cumplen con todos los requisitos de selección, más la autorización del representante legal"*.
2. Edades comprendidas entre los 18 a 29; 30 a 41; 42 a 53 y 54 a 65 años: registrar el número de donantes que se incluyan en estos rangos de edad, según el tipo de colecta y tipo de donante, en el servicio de sangre, durante el mes informado.
3. * > 65 años con autorización médica: registrar el número de donantes efectivos que corresponden a la edad desde los 66 años, según tipo de donante y tipo de colecta, es decir *"Las personas de tercera edad pueden ser donantes si cumplen con todos los requisitos de selección, más la autorización del médico"*.
4. Subtotal: corresponde a la suma de todas las columnas que correspondan según el rango de edad, tipo de colecta y el tipo de donante. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
5. Total (derecha): corresponde al total de la suma de los subtotales, de acuerdo al tipo de colecta, tipo de donante y de las variables de edad según corresponda. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
6. Total (inferior): Es la suma de los subtotales y refleja el total de cada una de las variables para sexo y edad de los donantes efectivos. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).

9.1.5.2. Bloque E2: Causas de diferimiento de donantes según tipo de colecta y tipo de donante

Tipo de colecta		Tipo de Donante		Causas										Total	
				Primera		Segunda		Tercera		Cuarta		Quinta			
				CAUSA	CANTIDAD	CAUSA	CANTIDAD	CAUSA	CANTIDAD	CAUSA	CANTIDAD	CAUSA	CANTIDAD		
Intramural Sangre Total	Voluntarios	Piso bajo	3	Hto bajo	2	Medicación	2	Tetajes	2	Conductas de riesgo	1				10
	Compensatorio	Hto bajo	3	Vacunas	3	Hipertensión	2	Viaje al exterior	2						10
	Remunerados														0
	Autólogos														0
	SUBTOTAL		6		5		4		4		4		1		20
Intramural por Aféresis	Voluntarios														0
	Compensatorio														0
	Remunerados														0
	Autólogos														0
	SUBTOTAL		0		0		0		0		0		0		0
Extramural Sangre Total	Voluntarios	Gripe	1	Druga menor a 1 año	1										2
	Compensatorio														0
	Remunerados														0
	SUBTOTAL		1		1		0		0		0		0		2
TOTAL DIFERIDOS															22

En este bloque existen variables en las que se debe registrar de acuerdo a la frecuencia (de mayor a menor) las primeras cinco causas de diferimiento clasificadas por el tipo de colecta y tipo de donante.

1. Causa: escribir el nombre de la causa de diferimiento.
2. Cantidad: registrar en números la cantidad de donantes diferidos frente a la causa registrada y según el orden de frecuencia (primera, segunda, tercera, cuarta o quinta).
3. Subtotal: corresponde a la suma de todas las columnas que correspondan a la variable de cantidad y según el tipo de colecta y el tipo de donante, las celdas de los subtotales se suman de manera automática en formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).
4. Total: (derecha) se refiere al total de donantes diferidos de acuerdo a tipo de colecta y tipo de donante. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).

5. Total Diferidos: corresponde a la suma de los totales y refleja el total general de los donantes diferidos. En formato Excel, este ítem se calcula automáticamente (no manipular por ningún motivo).

9.1.6. Bloque F: Fraccionamiento de componentes sanguíneos

En el bloque F se incluye 6 bloques F1, F2, F3, F4, F5 y F6.

BLOQUE F: FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS										
BLOQUE F1: Unidades de sangre entera	BLOQUE F2: Nº de componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento		BLOQUE F3: Nº de otros componentes sanguíneos obtenidos del subfraccionamiento		BLOQUE F4: Nº de Unidades obtenidas por Aféresis			BLOQUE F5: Modificaciones de concentrado de Glóbulos Rojos:		BLOQUE F6: Índice de fraccionamiento
	Nº Unidades de sangre entera	Nº Unidades de CGR	Nº Unidades de CRIO	Nº Unidades de PR	Nº CGR por aféresis	Nº de procedimientos por aféresis	CGR Irradiados	CGR Leucorreducidos	TOTAL	
Total de unidades Recibidas	236		50		0			5		
Nº Unidades no aptas para fraccionar	2	236	10			1				
Nº Unidades a fraccionar	234	120	2		0			2		2,16
Porcentaje de unidades fraccionadas	99,15%	Nº Unidades de PR	2							
		Nº Unidades de CP	5		6		5	2		
		TOTAL	60		TOTAL			TOTAL		
			60		6			9		

Handwritten signature and initials

9.1.6.1. Bloque F1: Unidades de sangre total

BLOQUE F1: Unidades de sangre total	
Total de unidades Recibidas	236
Nº Unidades no aptas para fraccionar	2
Nº Unidades a fraccionar	234
Porcentaje de unidades fraccionadas	99,15%

1. Total de unidades recibidas: registrar el número de las unidades de sangre que se reciben para realizar el fraccionamiento, estas unidades corresponden a las unidades efectivamente extraídas.
2. Nº de unidades no aptas para fraccionar: registrar el número de las unidades que por alguna causa no se fraccionan, es decir aquellas unidades de sangre que se obtuvieron como unidades extraídas y que por diversas causas no se van a fraccionar. Ej. volumen insuficiente de la unidad de sangre, rotura de la bolsa, la unidad de sangre perdió la cadena de frío.
3. Nº de unidades a fraccionar: registrar el número de las unidades de sangre que son adecuadas para realizar el fraccionamiento, estas unidades son las que cumplen con todos los requisitos de calidad y que fueron seleccionados para el fraccionamiento.
4. Porcentaje de unidades fraccionadas: resulta del cálculo matemático del total de las unidades a fraccionar por 100% dividido para el total de las unidades recibidas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.6.2. Bloque F2: Número de componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento

BLOQUE F2: Nº de componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento	
Nº Unidades de CGR	236
Nº Unidades PFC	120
Nº Unidades de PR	0
Nº Unidades de CP	90
TOTAL	446

1. N° de unidades de concentrado de glóbulos rojos (CGR): registrar en números las unidades de concentrados de glóbulos rojos, obtenidos durante el fraccionamiento de la sangre total.
2. N° de unidades de plasma fresco congelado (PFC): registrar en números las unidades de plasma fresco congelado, obtenidos durante el fraccionamiento dentro de las 8 horas pos- extracción.
3. N° de unidades de plasma refrigerado (PR): registrar en números las unidades de plasma refrigerado, obtenidas durante el fraccionamiento.
4. N° de unidades de concentrados de plaquetas (CP): registrar en números las unidades de concentrados plaquetarios, obtenidas durante el fraccionamiento de sangre entera.
5. Total: corresponde a la suma de todos los componentes sanguíneos obtenidos durante el fraccionamiento de una unidad de sangre total. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.6.3. Bloque F3: Número de otros componentes sanguíneos obtenidos del sub fraccionamiento

BLOQUE F3: N° de otros componentes sanguíneos obtenidos del subfraccionamiento	
N° Unidades de CRIO	50
N° Unidades de PR	10
N° Unidades Sangre reconstituida	2
Unidades de CGR pediátricos	2
Unidades de PFC pediátricos	5
TOTAL	60

1. N° de unidades de crioprecipitado (CRIO): registrar en números las unidades de crioprecipitado, obtenidos después del fraccionamiento inicial a partir del descongelamiento del plasma fresco congelado.
2. N° de unidades de plasma refrigerado (PR): registrar en números las unidades de plasma refrigerado, obtenidos después del fraccionamiento inicial a partir del descongelamiento del plasma fresco congelado.
3. N° de unidades de sangre reconstituida: registrar en números las unidades de sangre reconstituida, que resultan de la unión de una unidad de un concentrado de glóbulos rojos y de un volumen correspondiente a plasma fresco congelado.
4. N° de unidades de concentrado de glóbulos rojos (CGR) pediátricos: registrar en números las unidades de concentrados de glóbulos rojos pediátricos, obtenidos a partir del fraccionamiento inicial o a partir de un concentrado de

- glóbulos rojos por procedimientos adicionales para la preparación de alicuotas.
- Nº de unidades de plasma fresco congelado (PFC) pediátricos: registrar en números las unidades de concentrados de plasma fresco congelado pediátrico, obtenidos durante el fraccionamiento inicial o a partir de plasma fresco congelado (PFC) por procedimientos adicionales para la preparación de alicuotas.
 - Total: corresponde a la suma de todos los componentes sanguíneos obtenidos después del sub fraccionamiento. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.6.4. Bloque F4: Número de unidades obtenidas por aféresis

BLOQUE F4: Nº de Unidades obtenidas por Aféresis			
Nº CGR por aféresis	0	Nº de procedimientos por aféresis	1
Nº Plasma por aféresis	0		
Nº Plaquetas por aféresis	6	Nº de Unidades obtenidas a partir de alicuotas de aféresis	5
TOTAL	6		

- Nº de concentrado de glóbulos rojos (CGR) por aféresis: registrar en números los concentrados de concentrado de glóbulos rojos obtenidos por aféresis.
- Nº de plasmas por aféresis: registrar en números los concentrados de plasmas obtenidos por aféresis.
- Nº de plaquetas por aféresis: registrar en números los concentrados de plaquetas obtenidas por aféresis.
- Nº de procedimientos por aféresis: registrar en números los procedimientos de aféresis que realizaron a los donantes de sangre.
- Nº de unidades obtenidas a partir de alicuotas de aféresis: registrar el número de alicuotas obtenidas a partir de las unidades que han sido obtenidas por procedimiento de aféresis, la alicuota es una parte que se toma de un volumen (alícuota líquida) o de una masa (alícuota sólida) y que pueden ser usadas con el mismo propósito terapéutico o para ser usada en una prueba de laboratorio, cuyas propiedades físicas y químicas, así como su composición, representan las de la sustancia original.
- Total: corresponde a la suma de todos los componentes sanguíneos obtenidos por aféresis. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: no se debe registrar en el bloque F4 (Nº de plasma por aféresis) datos relacionados con la plasmaféresis terapéutica, si no realiza obtención de plasma por aféresis colocar "No se realiza"

9.1.6.5. Bloque F5: Modificaciones de concentrado de glóbulos rojos

BLOQUE F5: Modificaciones de concentrado de Glóbulos Rojos:	
CGR Irradiados	5
CGR Leucorreducidos	2
CGR Lavados	2
TOTAL	9

1. Concentrado de glóbulos rojos (CGR) Irradiados: registrar en números los concentrados de glóbulos rojos sometidos a irradiación gamma. La dosis deberá ser de 2.5 cGy (centigray), con una dosis mínima en la periferia no inferior a 1,5 cGy.
2. Concentrado de glóbulos rojos (CGR) Leucorreducidos: registrar en números los concentrados de glóbulos rojos Leucorreducidos en un 99%, deben contener $>5 \times 10^6$ leucocitos por cada CGR. Esto se obtiene mediante filtración de los CGR usando filtros específicos.
3. Concentrado de glóbulos rojos (CGR) Lavados: corresponde a la unidad de sangre desplasmatizada sometida a 3 lavados sucesivos con solución salina fisiológica con el objetivo de reducir el plasma contaminante y registrar en números los concentrados de glóbulos rojos lavados.
4. Total: corresponde a la suma de todos los concentrados de glóbulos rojos modificados. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: para el reporte de los concentrados de plaquetas que sean sometidos a proceso de leucorreducción (por filtración, se debe reportar el dato numérico en el memorando que se adjunte o en la parte final del registro mensual automatizado de servicios de sangre que coleccionan y procesan sangre y componentes sanguíneos. (RMASSCPSCS).

9.1.6.6. Bloque F6: Índice de fraccionamiento

BLOQUE F6: Índice de fraccionamiento
2,16

1. Índice de Fraccionamiento: el índice de fraccionamiento resulta al dividir el total de los (componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento + el número de unidades de crioprecipitado y plasma refrigerado, dividido para el total de las unidades efectivas). En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.7. Bloque G: Pruebas serológicas

En el bloque G se incluyen los bloques G1, G2, G3, y G4.

9.1.7.1. Bloque G1: Pruebas de tamizaje

BLOQUE G: PRUEBAS SEROLÓGICAS						
BLOQUE G1: Pruebas de tamizaje						
Marcador infeccioso	Nº de Unidades Tamizadas	Porcentaje de las Unidades Tamizadas	Método de la prueba	Marca del reactivo	Nº de unidades tamizadas reactivas	Nº de unidades tamizadas no Reactivas
VIH	242	100,00%	Quimioluminiscencia	ROCHE	2	240
HBsAg	240	99,17%	Quimioluminiscencia	ROCHE	0	240
Anti-HBc	242	100,00%	Quimioluminiscencia	ROCHE	1	241
VHC	242	100,00%	ELISA	ROCHE	0	242
Sifilis	242	100,00%	VDRL	BIOMERIUJX	0	242
Chagas	242	100,00%	Quimioluminiscencia	ROCHE	1	241
HTLV I - II	No se realiza					
CMV	No se realiza					
TOTAL	1450	99,86%			4	1446

Tamizaje serológico. Es el análisis de los marcadores de infecciones transmisibles por transfusión aplicados a una muestra de sangre obtenida de cada donante.

a. Marcador infeccioso:

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg)
- Anti core del virus de la hepatitis C (Anti HBc)
- Virus de la hepatitis C (VHC)
- Sifilis
- Chagas
- Virus linfotrópico para células T (HTLV I-II)
- Citomegalovirus (CMV)

1. Nº de unidades tamizadas: registrar el número de unidades tamizadas para cada marcador serológico.

2. Porcentaje de las unidades tamizadas: corresponde al cálculo porcentual de las unidades tamizadas y el total de unidades recibidas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
3. Método de la prueba: escribir el nombre del método que se utiliza para analizar los diferentes marcadores serológicos.
4. Marca del reactivo: escribir el nombre completo de la marca del reactivo que se utiliza para analizar los diferentes marcadores serológicos.
5. N° de unidades tamizadas reactivas: registrar el número de unidades que después del análisis laboratorial resultaron reactivas para los diferentes marcadores serológicos.
6. N° de unidades tamizadas no reactivas: se registra el número de unidades que después del análisis laboratorial resultaron no reactivas para los diferentes marcadores serológicos. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
7. Total.-corresponde al total de unidades tamizadas, su representación en porcentaje, total de unidades tamizadas reactivas y total de unidades tamizadas no reactivas. . En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: en relación al tamizaje serológico, en las determinaciones para el virus linfotrópico para células T (HTLV I-II) y citomegalovirus (CMV), los servicios de sangre que no realizan el tamizaje de estos marcadores deberán colocar "No se realiza".

9.1.7.2. Bloque G2: Amplificación de ácidos nucleicos (NAT)

Amplificación de ácidos nucleicos (NAT). Es una prueba que detecta el material genético viral antes de que se produzca la reacción antígeno anticuerpo por tanto se espera que sea más sensible que la serología.

BLOQUE G2 : Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAT)					
Marcador infeccioso	N° de unidades tamizadas por NAT	N° de muestras individuales reactivos	N° de muestras individuales no reactivas	N° de muestras que conforman un pool	TOTAL
VIH	242	2	240	6	2
VHB	240	1	239	6	1
VHC	242	1	241	6	1
TOTAL	724	4	720	18	4

a. Marcador infeccioso:

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
 - Virus de la hepatitis B (VHB).
 - Virus de la hepatitis C (VHC).
1. N° de unidades tamizadas por amplificación de ácidos nucleicos (NAT): registrar el número de unidades que van a ser sometidas a análisis laboratorial (biología molecular), es decir la amplificación de ácidos nucleicos.
 2. N° de muestras individuales reactivas: registrar el número de muestras que después del análisis laboratorial resultaron reactivas para los diferentes marcadores descritos.
 3. N° de muestras individuales no reactivas: se registra el número de muestras que después del análisis laboratorial resultaron no reactivos para los diferentes marcadores descritos. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
 4. N° de muestras que conforman un pool: registrar el número de muestras que utilizan en pool para el análisis de amplificación de ácidos nucleicos.
 5. Total (derecha): se registra el total del número de muestras individuales reactivas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
 6. Total (Inferior): es la suma total de todas las columnas que corresponden a cada una de las variables solicitadas en el bloque G2. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.7.3. Bloque G3: Pruebas confirmatorias

BLOQUE G3 : Pruebas confirmatorias						
Marcador infeccioso	N° de muestras reactivas sometidas a confirmación	Método de la prueba	Marca del reactivo	N° de muestras confirmadas como reactivas	N° de muestras confirmadas como no reactivas	Total de muestras confirmadas
VIH	1	Western Blot	ROCHE	1	0	1
HBsAg	0			0	0	0
Anti-HBc	0			0	0	0
VHC	0			0	0	0
Sífilis	2	FTA-ABS	BIOLAB	1	1	1
Chagas	0			0	0	0
HTLV I - II	0			0	0	0
CMV	0			0	0	0
TOTAL	3			2	1	2

1. N° de muestras reactivas sometidas a confirmación: registrar en números las muestras que fueron sometidas o enviadas para realizar las pruebas confirmatorias de acuerdo al marcador serológico.
2. Método de la prueba: escribir el nombre del método que se utiliza para realizar las pruebas confirmatorias.
3. Marca del reactivo: escribir el nombre de la marca del reactivo que se utiliza para realizar las pruebas confirmatorias.
4. N° de muestras confirmadas como reactivas: registrar el número de pruebas que resultaron reactivas según el marcador infeccioso en la prueba confirmatoria.
5. N° de muestras confirmadas como no reactivas: registrar el número de pruebas que luego de realizar o enviar para la prueba confirmatoria resultaron no reactivas.
6. Total de muestras confirmadas: corresponde al número total de las muestras confirmadas como reactivas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.7.4. Bloque G4: Notificación y referencia de donantes

BLOQUE G4: Notificación y referencia de donantes						
Marcador infeccioso	N° de donantes notificados para realizar prueba confirmatoria.	N° de donantes que el Servicio no logró notificar para realizar la prueba confirmatoria	N° de donantes notificados que no acudieron para realizar la prueba confirmatoria	N° de donantes que recibieron asesoría postprueba confirmada	N° de donantes con serología reactiva confirmada referidos a un Establecimiento de Salud	Total de donantes notificados
VIH	1	0	1	0	0	0
HBsAg	0	0	0	0	0	0
Anti-HBc	0	0	0	0	0	0
VHC	1	0	0	1	1	1
Sífilis	0	0	0	0	0	0
Chagas	0	0	0	0	0	0
HTLV I - II	0	0	0	0	0	0
CMV	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	0	1	1	1	1

1. N° de donantes notificados para realizar prueba confirmatoria: registrar el número de donantes que fueron contactados desde el servicio de sangre (SS) para realizar la prueba confirmatoria.
2. N° de donantes que el servicio no logró notificar para realizar la prueba confirmatoria: registrar el número de donantes que el servicio de sangre (SS) no logró comunicarse ya sea por vía telefónica o por correo electrónico, para realizar la prueba confirmatoria.
3. N° de donantes notificados que no acudieron para realizar la prueba confirmatoria: registrar el número de donantes que por algún motivo luego de haberse contactado al servicio de sangre no acudieron para realizarse la prueba confirmatoria.

4. N° de donantes que recibieron asesoría post prueba confirmada: registrar el número de donantes que luego de la validación de los resultados obtenidos en el análisis laboratorial, resultaron reactivos y recibieron la respectiva asesoría.
5. N° de donantes con serología reactiva confirmada referidos a un establecimiento de salud: registrar el número de los donantes con resultados reactivos confirmados a cualquier marcador infeccioso que necesiten ser atendidos en un establecimiento de salud y recibir un tratamiento integral.
6. Total de donantes notificados (derecha): se registra el total de donantes notificados por cada marcador serológico. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
7. Total (inferior): es suma total de las columnas del bloque G4 que corresponden a las diferentes variables solicitadas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.8. Bloque H: Inmunoematología

En el bloque H se incluye los bloques H1, H2, y H3

9.1.8.1. Bloque H1: Tipificación

BLOQUE H: INMUNOHEMATOLOGÍA			
BLOQUE H:1 Tipificación			
Tipificación Sanguínea	N° de unidades de sangre recibidas	Método de la prueba	Marca del reactivo
Tipificación Directa	242	Columna	Atlas médica
Tipificación Inversa	242	Columna	Atlas médica

1. N° de unidades de sangre recibidas: registrar el número de unidades de sangre para realizar la determinación del grupo (sistema ABO y factor Rhesus (Rh) o tipificación sanguínea (tubo-columna).
2. Método de la prueba: escribir el nombre del método que se utiliza para realizar la tipificación sanguínea.
3. Marca del reactivo: escribir el nombre de la marca del reactivo que se utiliza para realizar la tipificación sanguínea.

9.1.8.2. Bloque H2: Grupo y factor sanguíneo

En este bloque existen diferentes variables las cuales incluye el:

a. Grupo sanguíneo

- Grupo A
- Grupo B
- Grupo AB
- Grupo O

b. Factor Rhesus D (Rh D)

- Rh Negativo
- Rh Positivo

BLOQUE H2: Grupo y factor sanguíneo				
Grupo y Factor	Nº de unidades Rh positivo	% de unidades Rh positivo	Nº de unidades Rh negativo	% de unidades Rh negativo
A	7	2,89%	2	0,83%
B	10	4,13%	1	0,41%
AB	5	2,07%	0	0,00%
O	217	89,67%	0	0,00%
Total de unidades	239	98,76%	3	1,24%

1. Nº de unidades Rh positivo: registrar el número de unidades de acuerdo al grupo sanguíneo identificado.
2. Porcentaje de unidades Rh positivo: se registra el porcentaje de unidades identificadas como Rh positivo, en relación a cada uno de los grupos sanguíneos (ABO). En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
3. Nº de unidades Rh negativo: registrar el número de unidades de acuerdo al grupo sanguíneo identificado.
4. Porcentaje de unidades Rh negativo: se registra el porcentaje de unidades identificadas como Rh negativo, en relación a cada uno de los grupos sanguíneos (ABO). En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
5. Total de unidades: se registra la suma total de las unidades tipificadas y el porcentaje de acuerdo al factor Rh reportado. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

9.1.8.3. Bloque H3: Pruebas inmunohematológicas

Anticuerpos irregulares: son anticuerpos distintos a los anticuerpos naturales del sistema ABO, que pueden aparecer en respuesta a la exposición a un antígeno eritrocitario extraño (transfusión, trasplante), por incompatibilidad materno-fetal o sin

un estímulo identificable.

BLOQUE H3: Pruebas Inmunoematológicas	
Anticuerpos irregulares	
Nº de unidades recibidas	242
Nº Unidades positivas	1
Nº Unidades negativas	241
Identificación del Acticuerpo irregular	
Kell	

1. Nº de unidades recibidas: registrar el número de unidades recibidas por el servicio de sangre para realizarla determinación de anticuerpos irregulares.
2. Nº de unidades positivas: registrar el número de unidades que resulten positivas para cualquier anticuerpo irregular.
3. Nº de unidades negativas: es la diferencia que resulta al restar las unidades recibidas menos las unidades positivas. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
4. Identificación del anticuerpo irregular: si hubiera una o varias unidades positivas, registrar el/ los nombres del anticuerpo irregular que logró identificarse.

9.1.9. Bloque I: Descarte de sangre y componentes sanguíneos por causa

En el bloque I se incluye el bloque I1.

Bloque I1: Causas de descarte

BLOQUE I: DESCARTE DE SANGRE Y COMPONENTES SANGÜINEOS POR CAUSA													
BLOQUE I1: Causas de descarte													
Causas de Descarte	Nº Unidades Sangre Total	Nº Unidades de CDR	Nº Unidades de PVC	Nº Unidades de CP	Nº Unidades de PR	Nº Unidades de CHD	Nº Unidades de Sangre reconstituida	Nº Unidades de CGR pediátricos	Nº Unidades de PVC pediátricos	Nº Unidades de CGR Afectos	Nº Unidades de Plasma por Afectos	Nº Unidades de CP por Afectos	Total de Descartas por causa
Marcadores serológicos reactivos		2	2				1	1	1				7
Pruebas inmunohematológicas positivas		1											1
NAT con resultados positivos		2	2	2									6
Pérdida de cadena de frío		1											1
Volúmenes inadecuados													0
Caducidad		1											0
Roturas	3												1
Lipemia													1
Hemólisis													0
Ictericia													0
Cóagulos													0
Exceso de stock			10										10
Otras causas	2	7	14	2	0	0	1	1	1	0	0	0	2
SUB-TOTALES	8	7	14	2	0	0	1	1	1	0	0	0	2
TOTAL DESCARTADOS													29

El bloque I consta de las siguientes variables:

- a. Causas de descarte
- Marcadores serológicos reactivos.
 - Pruebas inmunohematológicas positivas.
 - NAT con resultados reactivos.
 - Pérdida de la cadena de frío.
 - Volúmenes inadecuados.
 - Caducidad

Ambo
tu

- Roturas.
 - Lipemia.
 - Hemólisis.
 - Ictericia.
 - Coágulos.
 - Exceso de existencias.
 - Otras causas: registrar en números otras causas que no corresponden a las descritas.
1. Nº de unidades de sangre total: registrar el número de unidades de sangre total que fueron descartados por las causas antes descritas, según corresponda.
 2. Nº de unidades de concentrado de glóbulos rojos (CGR): registrar el número de unidades de glóbulos rojos descartados por las causas antes descritas, según corresponda.
 3. Nº de unidades de plasma fresco congelado (PFC): registrar el número de unidades de plasma fresco congelado descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 4. Nº de unidades de concentrados plaquetarios (CP): registrar el número de unidades de plaquetas descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 5. Nº de unidades de plasma refrigerado (PR): registrar el número de unidades de plasma refrigerado descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 6. Nº de unidades de crioprecipitado (CRIO): registrar el número de unidades de crioprecipitado descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 7. Nº de unidades de sangre reconstituida: registrar el número de unidades de sangre reconstituida descartadas por las causas antes descritas, según corresponda.
 8. Nº de unidades de concentrado de glóbulos rojos (CGR) pediátrico: registrar el número de unidades de glóbulos rojos pediátricos descartados por las causas antes descritas, según corresponda.
 9. Nº de unidades de plasma fresco congelado (PFC) pediátrico: registrar el número de unidades de plasma fresco congelado pediátrico descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 10. Nº de unidades de concentrado de glóbulos rojos (CGR) por aféresis: registrar el número de unidades de glóbulos rojos por aféresis que fueron descartados por cualquier causa antes descrita, según corresponda.
 11. Nº de unidades de plasma por aféresis: registrar el número de unidades de plasma descartado por las causas antes descritas, según corresponda.
 12. Nº de unidades de concentrado de plaquetas (CP) por aféresis: registrar el número de unidades de plaquetas descartadas por las causas antes descritas, según corresponda.

0148-2016

13. Subtotales: es la suma de todas las columnas que corresponden al tipo de componente sanguíneo descartado. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
14. Total de descartes por causas: es la suma de todas las filas que corresponden al tipo de causa antes descrito. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
15. Total descartados (inferior): es la suma de todos los subtotales. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: para el reporte de otras causas, se debe describir cuales son estas otras causas y registrarlas en el memorando que se adjunte o en la parte final del registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos. (RAMSSCPSCS).

9.1.10. Bloque J: Disponibilidad de componentes sanguíneos

BLOQUE J: DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS													TOTAL DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS
Tipo de componente sanguíneo	Nº Unidades Sangre Total	Nº Unidades de CGR	Nº Unidades de PFC	Nº Unidades de CP	Nº Unidades de PR	Nº Unidades de CRK	Nº Unidades de Sangre reconstituida	Nº Unidades de CGR pediátricos	Nº Unidades de PFC pediátricos	Nº Unidades de CGR por Aféresis	Nº Unidades de Plasma por Aféresis	Nº Unidades de CP por Aféresis	
Saldo de componentes sanguíneos del mes anterior		200	100	50	10	10	1	2	2	2	2	2	381
Nº de componentes sanguíneos producidos en el mes		236	120	90	10	50	2	2	5	0	0	6	521
Nº de componentes sanguíneos descartados en el mes	3	7	14	2	0	0	1	1	1	0	0	0	29
Nº de componentes sanguíneos desechados		100	50	100	5	30	1	1	3	1	1	8	300
DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS PARA EL PRÓXIMO MES	3	329	156	38	15	30	1	2	3	1	1	0	579

En este bloque se debe registrar:

1. Saldo de componentes sanguíneos del mes anterior: registrar el saldo de los componentes sanguíneos por tipo de componente sanguíneo y de acuerdo a cada servicio de sangre.
2. Nº de componentes sanguíneos producidos en el mes: registrar el número de los componentes sanguíneos que se obtuvieron según el mes de reporte, los datos deberían ser los mismos reportados en el (bloque F) de fraccionamiento. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
3. Nº de componentes sanguíneos descartados en el mes: registrar el número de descartes por tipo de componente sanguíneo y según los datos ingresados en el (bloque I) descarte de sangre y componentes sanguíneos.

4. N° de componentes sanguíneos despachados: registrar el número de componentes sanguíneos que se despacharon hacia otros servicio de sangre de los diferentes establecimientos de salud (despacho externo del servicio de sangre) e incluir los enviados al servicio de medicina transfusional ubicados dentro de los bancos de sangre intrahospitalarios.
5. Disponibilidad de componentes sanguíneos para el próximo mes: corresponde a un cálculo matemático, que resulta de la suma entre el saldo de los componentes sanguíneos del mes anterior y del número de componentes sanguíneos producidos de acuerdo al mes de reporte, menos los componentes descartados y despachados de componentes sanguíneos y así se obtiene el valor numérico de la disponibilidad de componentes sanguíneos para el próximo mes. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
6. Total de componentes sanguíneos: es la suma total de las filas que corresponden a cada componente sanguíneo de acuerdo a las variables solicitadas en bloque J. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: los datos del saldo de los componentes sanguíneos del mes anterior deben corresponder a los datos del mes anterior al reportado es decir si el servicio de sangre reporta la información del mes de febrero, los datos del saldo de los componentes deberían ser del mes de (enero).

9.1.11. Firma de responsabilidad

FIRMA DIGITAL DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SANGRE:	
SELLO DIGITAL DEL SERVICIO DE SANGRE:	
MSP-ONEAIS-PNS-FORM 23-RVMASSCPSCS -06-01-2016	

1. Firma digital del responsable del servicio de sangre: en esta sección se debe colocar la firma digital, código y sello del profesional responsable del servicio de sangre.
2. Sello digital del servicio de sangre: registrar el sello del servicio de sangre.

Nota: la responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

9.2. Registro Automatizado de Notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada (RANMDSSRC)

Generalidades

- a. El registro consta de 3 bloques desde el bloque A hasta el bloque C, cada uno de ellos se encuentra estructurado de acuerdo a la relación entre variables y optimización del tiempo para el llenado.
- b. El jefe del banco de sangre-hemocentro deberá notificar y enviar el registro mensual mediante oficio suscrito, al responsable zonal del Programa Nacional de Sangre, dentro de los primeros cinco días laborables del mes vencido. Adicionalmente el jefe o líder del banco de sangre o hemocentro notificará a la Dirección Zonal de Vigilancia Epidemiológica a través de la hoja de SIVE 002 y ésta, a la Estrategia Nacional de VIH-Sida de manera semanal.
- c. El responsable zonal del Programa Nacional de Sangre revisará que el registro no contenga errores e inconsistencias, y consolidará la información de los bancos de sangre o hemocentros de su zona en una base de datos. En caso de existir observaciones deberá solicitar al banco de sangre o hemocentro las rectificaciones pertinentes. Las observaciones deberán ser resueltas, en un plazo máximo de tres días calendario posterior a la comunicación.
- d. El responsable de la Dirección Zonal de Vigilancia Epidemiológica, realizará el seguimiento respectivo a los donantes que no se logró contactar, ni notificar; si se logra ubicar al donante la persona responsable de vigilancia epidemiológica remitirá al donante y comunicará al banco de sangre o hemocentro donde se obtuvo los primeros resultados reactivos para el respectivo seguimiento.
- e. Una vez que el responsable zonal del Programa Nacional de Sangre haya consolidado la información del banco de sangre o hemocentro, siguiendo el órgano regular, remitirá el archivo digital en formato Microsoft Excel 97-2003 consolidado, mismo que contendrá los registros de notificación de todos los bancos de sangre hemocentros de la zona, al Coordinador Zonal del Ministerio de Salud Pública, quien enviará finalmente al Programa Nacional de Sangre por el Sistema de Gestión Documental la información mensual consolidada, durante los primeros quince días del mes vencido.

9.2.1. Bloque A: Datos del banco de sangre – hemocentro

BLOQUE A: Datos del Banco de Sangre - Hemocentro.

Provincia:	Loja	Dirección:	Av Universidad 24-25 entre Quito e Imbabura		Red Pública:	<input type="checkbox"/>
Ciudad:	Loja	Teléfono:	(071) 2577300 ext: 22		Red a la que pertenece : Red Complementaria:	<input checked="" type="checkbox"/>
Distrito:	11001	Correo electrónico:	huncobesangre@loja		Banco de Sangre:	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirujío:	005				Hemocentro:	<input type="checkbox"/>
					Centro de Colecta:	<input type="checkbox"/>
					Tipología:	

Este bloque corresponde a datos generales del banco de sangre, hemocentro, ubicación, red a la que pertenece y tipología.

1. Provincia: se debe identificar y llenar la provincia en la cual se encuentra ubicado el banco de sangre o hemocentro según la planificación territorial del Ecuador⁽¹⁷⁾.
2. Ciudad: identificar y registrar la ciudad en donde está ubicado el servicio de sangre⁽¹⁸⁾.
3. Distrito y cirujío: se debe registrar el código del distrito y circuito del establecimiento de salud al que pertenece el banco de sangre o hemocentro⁽¹⁷⁾.
4. Dirección: registrar la dirección exacta (calles e intersecciones) donde está ubicado el banco de sangre o hemocentro.
5. Teléfono: registrar el número telefónico fijo del banco de sangre o hemocentro con sus respectivas extensiones y sus códigos provinciales.
6. Correo electrónico: registrar el actual correo electrónico del banco de sangre - hemocentro, en el caso de que no posea correo, colocar el correo electrónico del responsable.
7. Red a la que pertenece: registrar con una X la red que pertenece el banco de sangre o hemocentro, sea esta red pública o a la red complementaria.

Rmsoaf
off  *Euf*

Red Pública Integral de Salud (RPIS)	Red Privada Complementaria (RPC)
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud Pública (MSP) - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) - Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociedad de Lucha contra el Cáncer (varios núcleos) - Junta de Beneficencia de Guayaquil - Blood Center - Clínica Alcívar - Clínica Kennedy - Clínica Panamericana - Hospital Metropolitano - Cruz Roja Ecuatoriana

8. Tipología: Anotar con una X según la complejidad del servicio de sangre puede ser un banco de sangre - hemocentro ⁽¹⁾.

9.2.2. Bloque B: Datos del responsable de la notificación de casos confirmados.

Este bloque corresponde a los datos generales del responsable, jefe de la notificación, del banco de sangre o hemocentro.

BLOQUE B: Datos del Responsable de la Notificación de casos confirmados.			
Nombre del Responsable:	<u>Mónica Castro Arboleda</u>	Mes de Reporte:	<u>Febrero</u>
Correo electrónico institucional:	<u>manuco@hotmail.com</u>	Fecha de elaboración:	<u>03/03/2015</u>
Teléfono Institucional:	<u>(07) 2577300 ext: 22</u>		<u>(dd/mm/aaaa)</u>
Celular:	<u>98152368</u>		

1. Nombre del responsable: registrar los nombres y apellidos completos del responsable del banco de sangre o hemocentro que realiza la notificación.
2. Correo electrónico institucional: registrar el correo electrónico institucional donde labora el responsable de la notificación del banco de sangre o hemocentro.
3. Teléfono institucional: registrar el número de teléfono institucional del lugar donde labora el responsable del banco de sangre o hemocentro y sus respectivas extensiones.
4. Celular: registrar el número de contacto del teléfono celular del responsable que realiza la notificación de los casos reactivos confirmados.
5. Mes de reporte: registrar el mes de reporte de la información ingresada en el registro (los datos deben corresponder al mes anterior o mes caído).
6. Fecha de elaboración: anotar la fecha de elaboración del registro, en el siguiente orden día, mes y año (dd/mm/aa).

9.2.3. Bloque C: Datos de la notificación de casos confirmados

9.2.3.1. Datos del donante

BLOQUE C: Datos de la Notificación de casos confirmados.				
Nro.	Datos del donante			
	Documento de Identidad	Ciudad de residencia actual	Edad	Sexo
1	1105897531	Loja	38	H

1. Nro.: La columna de número indica el número de donantes registrados para la notificación, está incluido en el registro, no colocar ni registrar en estas celdas ningún dato.
2. Documento de identidad: registrar en números la cédula de identidad, pasaporte y/ o licencia que son documentos habilitantes para donar sangre, de preferencia la cédula de identidad.
3. Ciudad de residencia actual: registrar el lugar donde vive o habita el donante de forma permanente o durante un período considerable de tiempo.
4. Edad: registrar el número de años cumplidos del donante.
5. Sexo: seleccionar según las opciones que se despliega en la columna de sexo, (H) hombre o (M) mujer.

9.2.3.2. Datos de donación

Datos de Donación		
Frecuencia de donación	Tipo de Donante	Tipo de Donación
Primera vez	D, Compensatorio	Autólogo

1. Frecuencia de donación: seleccionar según las opciones que se despliegan en la columna de frecuencia de donación y colocarla.
 - Primera vez.
 - Repetitivo.
 - Ocasional.
2. Tipo de donante: seleccionar según las opciones que se despliegan en la columna del tipo del donante y colocarla.
 - Voluntario.
 - Compensatorio.
 - Remunerado.

Orlando L. Luján

3. Tipo de donación: seleccionar según las opciones que se despliegan en la columna de tipo de donación, autóloga y alogénica y colocarla.

9.2.3.3. Datos del tamizaje serológico y pruebas de confirmación

Datos del Tamizaje Serológico y pruebas de confirmación									
Tamizaje Serológico reactivo					Pruebas confirmatorias				
Código de la unidad de sangre	Fecha en la que se determinó la reactividad	Marcador Infeccioso	Método utilizado en el tamizaje serológico	NAT Adicional	VIH	HBsAg	HVC	Sífilis	Chagas
503201501	05/03/2015	VIH	Elisa: 4ta g.	NO	Western Blot				

9.2.3.3.1. Tamizaje serológico reactivo

Tamizaje Serológico reactivo				
Código de la unidad de sangre	Fecha en la que se determinó la reactividad	Marcador Infeccioso	Método utilizado en el tamizaje serológico	NAT Adicional
503201501	05/03/2015	VIH	Elisa: 4ta g.	NO

- Código de la unidad de sangre: registrar el número o códigos de la unidad de sangre que identifiquen a la misma.
- Fecha en la que se determinó la reactividad: registrar el día mes y año en el cual se determinó el primer resultado reactivo.
- Marcador Infeccioso: seleccionar según las opciones que se despliegan en la columna del marcador serológico.
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg)
 - Virus de la hepatitis C (VHC)
 - Sífilis
 - Chagas
 - Citomegalovirus (CMV)
 - Virus linfotrópico para células T (HTLV I-II)
- Método utilizado en el tamizaje serológico: seleccionar según las opciones que se despliegan en la columna del método utilizado en el tamizaje serológico y colocarla.
 - Elisa 4 ta generación
 - Quimioluminiscencia
 - Electroquimioluminiscencia

Nota: si el banco de sangre o hemocentro realiza otro método registrarlos en el memorando que se adjunte o en la parte final del registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada (RANMDSSRC).

5. NAT adicional: seleccionar SI o NO según si la prueba fue procesada para la amplificación de ácidos nucleicos (NAT) adicionalmente al tamizaje serológico, esta opción se despliega en la columna respectiva.

9.2.3.3.2. Pruebas confirmatorias

Pruebas confirmatorias				
VIH	HBsAg	HVC	Sífilis	Chagas
Western Blot				

1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg), virus de la hepatitis C (HVC), Sífilis y Chagas: seleccionar según las opciones de pruebas confirmatorias que se despliega en la columna de pruebas confirmatorias, según el marcador infeccioso.

Nota: si el banco de sangre o hemocentro utilizan otras pruebas confirmatorias que no están en la columna despegable se debe registrar en el memorando que se envía o al final del registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.



9.2.3.3.3. Datos del contacto y referencia del donante reactivo

Datos de Contacto y Referencia del donante reactivo				
Contacto efectivo al donante confirmado	Asesoría Post-Confirmación	Fecha de referencia del donante confirmado	Institución de la RPIS a la que se refiere	Nombre del Establecimiento de Salud
SI	SI	09/03/2015	MSP	Hospital Isidro Ayora

- Contacto efectivo al donante confirmado: seleccionar SI o NO, según las opciones que se despliegan, si el contacto con el donante fue efectivo.
- Asesoría post confirmación: seleccionar SI o NO según las opciones que se despliega en la columna de asesoría post confirmación.
- Fecha de referencia del donante confirmado: registrar el día, mes y año en que se realizó la referencia del donante confirmado a un establecimiento de salud.
- Institución de la Red Pública Integral de Salud a la que se refiere: seleccionar las siglas de la institución a donde se va a referir al donante según las opciones que se despliega en la columna.

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
 - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
 - Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
 - Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)
5. Nombre del establecimiento de salud: escribir el nombre completo no en siglas el establecimiento de salud a donde es referido el donante para tu tratamiento integral.

9.2.4. Firma de responsabilidad

FIRMA DIGITAL DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:	
SELLO DIGITAL DEL BANCO DE SANGRE-HEMOCENTRO:	
MSP-DNEAIS-PN5-FORM.24-RANMDSSRC -06-01-2016	

1. Firma digital del responsable de la Notificación: en esta sección se debe colocar la firma, código y sello del profesional responsable de la notificación.
2. Sello digital del banco de sangre o hemocentro: registrar el sello del banco de sangre-hemocentro responsable de la notificación.

10. Capítulo 3: Registros, formularios y solicitudes para los Servicios de Medicina Transfusional

Generalidades

1. Para el llenado del encabezado de cada registro, formulario y solicitud, de este capítulo la institución que hace uso de los mismos, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.
2. Ingresar los datos numéricos y de texto según las opciones de cada variable de los registros, formularios y solicitudes.
3. Los registros digitales contienen fórmulas, por lo que no se deben realizar ninguna modificación a las mismas
4. El llenado de los registros antes mencionados, lo debe realizar el personal técnico del servicio de medicina transfusional, para luego validar la información con el jefe, líder o responsable del servicio de medicina transfusional.
5. El jefe, líder o responsable servicio de medicina transfusional deberá enviar la información de estos, al responsable zonal del Programa Nacional de Sangre dentro de los primeros cinco días laborables del mes vencido, los registros a enviar son los siguientes:
 - Registro de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.
 - Registro mensual de transfusiones sanguíneas.
6. El responsable zonal del Programa Nacional de Sangre revisará que los registros no contengan errores e inconsistencias, y consolidará la información en una base de datos. En caso de existir observaciones deberá solicitar al servicio de sangre las rectificaciones pertinentes. Las observaciones deberán ser resueltas, en un plazo máximo de tres días calendario posterior a la comunicación.
7. Un vez que el responsable zonal del Programa Nacional de Sangre haya consolidado la información de los servicios de medicina transfusional, siguiendo el órgano regular, remitirá el archivo digital en formato Excel 97-2003, al Programa Nacional de Sangre (por el Sistema de Gestión Documental) la información mensual consolidada, durante los primeros quince días del mes vencido.

10.1. Registro de consumo diario de componentes sanguíneos
10.1.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	 SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE CONSUMO DIARIO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.	Mes: Noviembre
Fecha: 02/11/2015		

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.
2. Fecha: escribir en formato numérico la fecha en la que se realiza el llenado del registro de consumo de componentes sanguíneos.
3. Mes: escribir el nombre del mes, al cual pertenece el día del consumo de componentes sanguíneos.

Este ejemplo esta dado para la estimación de la utilización promedio diario.⁽²⁰⁾

10.1.2. Consumo de componentes sanguíneos por día

COMPONENTE SANGUÍNEO (Siglas)	GRUPO ABO/RH	CONSUMO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS POR DÍAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
CGRE	0 +	12	12	8	15	8	12	11	12	15	12	17	21	11	6	8	19	15	13	17	12	18	19	20	15	19	23	14	15	21	19	18

En esta sección escribir en formato numérico las cantidades de componentes sanguíneos consumidos por día, durante todos los días del mes (1 mes). Este registro es una hoja EXCEL, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda.

Handwritten signature and initials

1. Componentes sanguíneos: se describe cada uno de los componentes sanguíneos que se usan en los diferentes establecimientos de salud.
2. Grupo ABO/Rh: se describe cada grupo sanguíneo existente y que se usan en los diferentes establecimientos de salud.
3. Consumo de componentes sanguíneos por día: registrar en número, la cantidad de cada componente usado por día, durante todos los días del mes, según corresponda a su grupo ABO/Rh, en el establecimiento de salud.

10.1.3. Cálculo del registro de consumo de componentes sanguíneos por día


COMPONENTE SANGUÍNEO (SIGN)	GRUPO ABO/RH	SUBTOTAL	PROMEDIO DE CONSUMO DIARIO	% DE CONSUMO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	CONSUMO DIARIO	STOCK CRÍTICO DIARIO	STOCK DE SEGURIDAD (20%)	STOCK ÓPTIMO DIARIO	STOCK ÓPTIMO MENSUAL
CGRE	O +	457	15	96%	15	44	9	53	529
	-	0	0	0%	0	0	0	0	0
TOTAL COMPONENTES SANGUÍNEOS CONSUMIDOS EN EL MES		474		96%					


1. Subtotal: registrar la suma de los componentes sanguíneos utilizados en el establecimiento de salud durante el mes. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
2. Total de componentes sanguíneos consumidos durante el mes: registrar el total de componentes sanguíneos consumidos durante el mes, independientemente del tipo de componente, grupo y factor, para ello sumar todos los subtotales de todos los componentes sanguíneos consumidos durante el periodo registrado. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
3. Promedio de consumo diario: registrar el promedio de consumo diario, que corresponde al promedio de componentes sanguíneos consumidos diariamente en el periodo dado, para lo cual el subtotal se divide para el número de días del periodo registrado. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
4. % de consumo de componentes sanguíneos: registrar el % de consumo de componentes sanguíneos, que es el resultado entre el subtotal de consumo de cada componente sanguíneo por grupo ABO/Rh dividido para el total de componentes sanguíneos consumidos durante el periodo registrado, el resultado obtenido se multiplica por cien para obtener un porcentaje. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

5. Consumo diario: registrar el consumo diario, que resulta de multiplicar el promedio de consumo diario por el porcentaje de consumo de componentes sanguíneos. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
6. Existencias críticas diarias: registrar las existencias críticas diarias, que es el resultado del consumo diario multiplicado por el número de días en los que se requiere componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor (1,3, o 5 días), para el ejemplo se ha colocado cada tres días. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
7. Existencias de seguridad: registrar las existencias de seguridad. Las existencias críticas diarias son consideradas como las existencias mínimas necesarias para abastecer las necesidades del establecimiento de salud, por lo cual se hace necesario tener existencias de seguridad con lo cual se amplifica en un 20% a las existencias críticas diarias, resulta de una regla de 3 simple, para ello se toma las existencias críticas diarias como el 100%. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
8. Existencias óptimas diarias: registrar las existencias óptimas diarias, que resulta de la adición de las existencias de seguridad a las existencias críticas diarias. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
9. Existencias óptimas mensuales: registrar las existencias óptimas mensuales, que es el resultado de existencias óptimas diarias multiplicado por el número de veces que se abastece de existencias de componentes sanguíneos al mes, para el ejemplo utilizado sería por 10, En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: en el cálculo final se considerarán sólo cantidades enteras; es decir números enteros, para ello se deberá redondear al número decimal al inmediato superior o inferior.

10.1.4. Firma de responsabilidad



RESPONSABLE DE REALIZAR EL CÁLCULO PARA LA GESTIÓN DE STOCK		SELO
NOMBRES Y APELLIDOS		
C.I.:		
CÓDIGO PROFESIONAL:		
		FIRMA

ansoy
at  Gul

1. Responsable de realizar el cálculo para la gestión de existencias: debe ser llenado por el profesional de salud que realiza los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
2. Nombres y apellidos: escribir los nombres y apellidos completos del establecimiento de salud que realizó los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
3. Cédula de identidad: escribir el número del documento de identidad del responsable de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
4. Código profesional: escribir el número del código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del responsable de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
5. Firma: registrar la firma de la persona responsable del establecimiento de salud de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
6. Sello: colocar el sello del responsable del establecimiento de salud de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.

10.2. Registro de consumo semanal de componentes sanguíneos

10.2.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO	 Dona sangre
Fecha: 02/11/2015	Mes: Octubre	

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.
2. Fecha: escribir en formato numérico la fecha en la que se realiza el llenado del registro de consumo de componentes sanguíneos.
3. Mes: escribir el nombre del mes, al cual pertenece el día del consumo de componentes sanguíneos.

Este ejemplo esta dado para la estimación de la utilización de componentes sanguíneos en promedio semanal.⁽²⁰⁾

10.2.2. Consumo de componentes sanguíneos por semana

COMPONENTE SANGUÍNEO (Siglas)	GRUPO ABO/RH	CONSUMO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS POR SEMANAS																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
CGRE	0 +	21	23	45	23	22	23	24	23	23	22	21	23	22	22	23	26	26	28	25	20	23	22	22	23	26	28	29
	0 -																											

En esta sección escribir en formato numérico las cantidades de componentes sanguíneos consumidos durante las 26 semanas previas al mes a calcular las existencias .Este registro es una hoja EXCEL, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda. Los datos deben ser detallados por componente sanguíneo y por grupo ABO/RH.

1. Componente Sanguíneo: esta columna describe cada uno de los componentes sanguíneos que se solicitan o se usan en los diferentes establecimientos de salud.
2. Grupo ABO/Rh: esta columna describe cada uno de los diferentes grupos sanguíneos de los componentes sanguíneos que se solicitan o se usan en los diferentes establecimientos de salud.
3. Consumo de componentes sanguíneos por semana: escribir en formato numérico la cantidad de cada componente sanguíneo por grupo ABO y tipo RH que se hayan usado por semana, durante 26 semanas previas a la semana a calcular.⁽²⁰⁾

ambocuf
2 

10.2.3. Cálculo del registro de componentes sanguíneos por día

SUBTOTAL	SEMANA DE MAYOR CONSUMO	TOTAL	STOCK CRÍTICO SEMANAL	STOCK DE SEGURIDAD (20%)	STOCK ÓPTIMO SEMANAL	STOCK ÓPTIMO MENSUAL
6360	45	5910	240	50	280	1130

En esta sección se realizan los cálculos correspondientes para la gestión de existencias de cada componente sanguíneo. Este registro es una hoja EXCEL, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda, estas son necesarias para los cálculos correspondientes, los cuales se realizan de manera automática.

1. Subtotal: Registrar el subtotal de cada componente sanguíneo utilizado en el periodo registrado. Resulta de la suma de la cantidad de componentes sanguíneos utilizados durante las 26 semanas del periodo registrado en el servicio de medicina transfusional. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
2. Semana de mayor consumo. Registrar la semana de mayor consumo, para lo cual de todas las semanas registradas, identificar la semana que registró mayor consumo de componentes sanguíneos y escribir en formato numérico en esta celda.
3. Total: registrar el total, que resulta de la diferencia entre la semana de mayor consumo de componentes sanguíneos y el subtotal. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).



Nota: se elimina la semana de mayor consumo para compensar las fluctuaciones semanales inusuales como por ejemplo las transfusiones masivas.

4. Existencias críticas semanales: registrar las existencias críticas semanales, que resulta del cociente del total de componentes sanguíneos registrados dividido para el número de semanas registradas sin tomar en cuenta la semana de mayor consumo (25 semanas en lugar de 26). En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
5. Existencias de seguridad (20%): registrar las existencias de seguridad. Las existencias críticas semanales son consideradas como las existencias mínimas necesarias para abastecer las necesidades del establecimiento de salud, por lo cual se hace necesario tener existencias

- de seguridad con lo cual se amplifica en un 20% las existencias críticas semanales, resulta de una regla de 3 simple, para ello se toma las existencias críticas semanales como el 100%. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
6. Existencias óptimas semanales: registrar las existencias óptimas semanales, que resulta de la adición de las existencias de seguridad a las existencias críticas semanales.
7. Existencias óptimas mensuales: registrar las existencias óptimas mensuales, que resulta del resultado de las existencias óptimas semanales multiplicado por las semanas contenidas en un mes. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: conociendo las existencias óptimas semanales y mensuales, se debe planificar la frecuencia de abastecimiento con el servicio de sangre proveedor, evaluar periódicamente y modificar si corresponde.
En el cálculo final se considerarán sólo cantidades enteras; es decir números enteros, para ello se deberá redondear al número decimal al inmediato superior o inferior.

10.2.4. Firma de responsabilidad

RESPONSABLE DE REALIZAR EL CÁLCULO PARA LA GESTIÓN DE STOCK		SELLO
NOMBRES Y APELLIDOS		
C.I.:		
CÓDIGO PROFESIONAL:		
FIRMA		

1. Responsable de realizar el cálculo para la gestión de existencias: debe ser llenado por el profesional de salud que realiza los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.


 # 0148-2016

2. Nombres y apellidos: escribir los nombres y apellidos completos del responsable del establecimiento de salud que realizó los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
3. Cédula de identidad: escribir el número del documento de identidad del responsable de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
4. Código profesional: escribir el número del código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del responsable de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
5. Firma: registrar la firma de la persona responsable del establecimiento de salud de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.
6. Sello: colocar el sello del responsable del establecimiento de salud de realizar los cálculos para la gestión de existencias de componentes sanguíneos.



10.3. Registro de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos

10.3.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE USO Y REQUERIMIENTO PLANIFICADO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	 Dona Sangre
FECHA DE REPORTE: 02/11/2015	MES DE REPORTE: Octubre		

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.
2. Fecha de reporte: escribir la fecha en la que se realiza el llenado del registro de uso y requerimiento de componentes sanguíneos, en formato numérico.
3. Mes de reporte: escribir el nombre del mes del que se realiza el llenado del registro de uso y requerimiento de componentes sanguíneos.

10.3.2. Firma de responsabilidad

RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Lcda. Diana Gabriela Ramirez Guasgua	
C.I.: 1700XXXX-X	SELLO
CÓDIGO PROFESIONAL: MSP-LXX-FXXX	

1. Responsable del servicio de medicina transfusional; debe ser llenado por el profesional de salud que es responsable del servicio de medicina transfusional.
2. Nombres y apellidos: escribir los apellidos y nombres completos del responsable del servicio de medicina transfusional de realizar la gestión de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.
3. Cédula de identidad: escribir el número de cédula de identidad del responsable del servicio de medicina transfusional de realizar la gestión de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.
4. Código profesional: escribir el número de código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del responsable del servicio de medicina transfusional de realizar la gestión de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.
5. Firma: el responsable del servicio de medicina transfusional de realizar la gestión de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos debe firmar la responsiva del mismo.
6. Sello: colocar el sello del responsable del servicio de medicina transfusional de realizar la gestión de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos.

10.3.3. Uso planificado de componentes sanguíneos

Diana G. Ramirez


COMPONENTES SANGUÍNEOS (SIGLAS)	GRUPO ABO/RH		SALDO DEL MES ANTERIOR	TOTALES SOLICITADOS		TOTALES ENTREGADOS		DEMANDA INSATISFECHA
	+	-		H/BS/CCD	SMT	H/BS/CCD	SMT	
CGRE	0		20	22	3	12	12	1
TOTAL			20	22	3	12	12	1

TOTAL ABASTECIMIENTO	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS TOMADOS PARA MODIFICACIÓN	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS OBTENIDOS DE LA MODIFICACIÓN	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS A OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFUNDIDOS	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DESCARTADOS	SALDO ACTUAL	REQUERIMIENTO DEL PRÓXIMO MES	CANTIDAD A SOLICITAR AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR
44	1	0	2	30	0	11	53	42
0						0		0

En este bloque escribir en formato numérico las cantidades solicitadas en cada columna para el cálculo de uso y requerimiento de componentes sanguíneos. Este registro es una hoja Excel, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda, estas son necesarias para los cálculos correspondientes, los cuales en esta hoja Excel se realizan de manera automática. Los datos deben ser detallados por componente sanguíneo y por grupo ABO/Rh.

1. Componentes sanguíneos: esta columna describe cada uno de los componentes sanguíneos que se solicitan o se usan en los diferentes establecimientos de salud.
2. Grupo ABO/ Rh: esta columna describe cada uno de los diferentes grupos sanguíneos de los componentes sanguíneos que se solicitan o se usan en los diferentes establecimientos de salud.

3. Saldo del mes anterior: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que quedaron como saldo de existencias del mes anterior al que se está registrando.
4. Totales solicitados: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos solicitados durante el mes que se está registrando, clasificados de acuerdo al servicio de sangre que fue el proveedor (H, BS, CCD, y SMT).
5. Totales entregados: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que fueron entregados por el servicio de sangre proveedor en el mes que se está registrando.
6. Demanda insatisfecha: registrar la demanda insatisfecha de cada componente sanguíneo. Resulta de la diferencia de los componentes sanguíneos solicitados y los componentes sanguíneos que efectivamente fueron entregados por el servicio de sangre proveedor. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
7. Total abastecimiento: registrar la cantidad total de cada componente sanguíneo disponible luego del abastecimiento en el servicio de medicina transfusional. Resulta de la suma del saldo del mes anterior y los totales entregados por el servicio de sangre proveedor (H, BS, CCD, y SMT). En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).
8. Total de componentes sanguíneos tomados para modificación: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que hayan sido utilizados para modificación (alícuotas, reconstituciones, etc.) en el mes.
9. Total de componentes sanguíneos obtenidos de la modificación: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos obtenidos a partir de los componentes sanguíneos modificados, en la celda correspondiente a los componentes obtenidos (CGRP, SR, etc.).
10. Total de componentes sanguíneos enviados a otros establecimientos de salud: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que hayan sido enviados a otro establecimiento de salud.
11. Total de componentes sanguíneos transfundidos: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que hayan sido transfundidos en el establecimiento de salud durante el mes que se está registrando.
12. Componentes sanguíneos descartados: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos que hayan sido descartados durante el mes que se está registrando.
13. Saldo actual: registrar el saldo actual de cada componente sanguíneo y para ello se resta del total de abastecimiento el total de componentes sanguíneos tomados para modificación, luego se suma el total de componentes sanguíneos obtenidos de la modificación, según corresponda al componente obtenido de la modificación, menos el total de componentes sanguíneos enviados a otro establecimiento de salud, menos el total de componentes sanguíneos transfundidos y menos el total de componentes sanguíneos descartados. En formato Excel este valor se obtiene de manera automática (no manipular por ningún motivo).

Nota: esa cantidad será la considera como existencias disponibles para empezar el reporte del siguiente mes del servicio de medicina transfusional.

Estos cálculos deberán realizarse por cada uno de los componentes sanguíneos y por cada grupo ABO/Rh una vez al mes.

10.4. Solicitud única de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor.

10.4.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR	 Doña Sangre
---------------------------------	--	-----------------

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.

10.4.2. Bloque A: datos generales del establecimiento de salud

BLOQUE A: DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
FECHA DE SOLICITUD:	09 de 11 de 2015
Nº DE SOLICITUD:	002525
UNICÓDIGO:	001785
ZONA:	9
PROVINCIA:	Pichincha
DISTRITO:	17D03
CARGUO:	17D03C13
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	Hospital General Pablo Arturo Suárez
REDE:	PÚBLICA: <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA: <input type="checkbox"/>
RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	
NOMBRE Y APELLIDOS	FRIMA
C.I.:	1717XXXXX-X
CÓDIGO PROFESIONAL:	NSP XX-LXX-FXXX

1. Fecha de solicitud: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en la que se realiza la solicitud de componentes sanguíneos.
2. N° de solicitud: registrar la numeración única de la solicitud de componentes sanguíneos. Debe ser secuencial en orden ascendente.
3. Nombre del establecimiento de salud: registrar el nombre legal del establecimiento de salud que realiza la solicitud de los componentes sanguíneos.
4. Unicódigo: registrar el unicódigo asignado al establecimiento de salud.
5. Zona: registrar en formato numérico la zona de planificación territorial a la cual pertenece el establecimiento de salud que tiene el servicio de sangre.
6. Provincia: registrar el nombre de la provincia a la cual pertenece el establecimiento de salud.
7. Distrito: registrar el código del distrito en el cual se encuentra ubicado el establecimiento de salud.
8. Circuito: escribir el código del circuito en el cual se encuentra ubicado el establecimiento de salud.

Nota: se conforman 140 distritos, así como 1134 circuitos administrativos de planificación, a nivel nacional, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, de acuerdo al nivel de desconcentración establecido en su respectiva matriz de competencias, modelo de gestión y estatuto orgánico.⁽¹⁷⁾

9. Red a la que pertenece: registrar según corresponda, la Red que pertenezca el establecimiento de salud (pública o privada).
10. Identificación del responsable del servicio de medicina transfusional
 - Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos completos del profesional que realiza la solicitud de componentes sanguíneos.
 - Cédula de identidad: registrar el número del documento de identificación del responsable que realiza la solicitud de componentes sanguíneos.
 - Código profesional: registrar el código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del responsable que solicita los componentes sanguíneos.
 - Firma: registrar la firma del responsable de realizar la solicitud de componentes sanguíneos.
 - Sello: registrar el sello del responsable que solicita los componentes sanguíneos.


amercif


10.4.3. Bloque B: componentes sanguíneos solicitados

BLOQUE B: COMPONENTES SANGÜÍNEOS SOLICITADOS								
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR (CGRE)								
GRUPO SANGÜÍNEO	0		A		B		AB	TOTALES
	+	.	+	.	+	.		
SOLICITADO								
ENTREGADO								
DIFERENCIA								

En este bloque registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos solicitados, y la cantidad de unidades entregadas, y la diferencia entre componentes sanguíneos solicitados y entregados de acuerdo tipo de componente sanguíneo y según grupo ABO/Rh.

10.4.4. Bloque C: datos generales del servicio de sangre que despacha

BLOQUE C: DATOS GENERALES DEL SERVICIO DE SANGRE QUE DESPACHA					
¿SE REALIZARON PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES?	SI	NO	Nº DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES REALIZADAS		2
CÓDIGOS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS EN LOS QUE SE REALIZARON PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES					
2013450					
2013458					
OBSERVACIONES:					
FECHA DE DESPACHO: 12 del 04 del mes de 2015. 13 h 0 min					
NOMBRE DEL SERVICIO DE SANGRE QUE DESPACHA: Banco de sangre Hospital Carlos Andrade Marín					
DESPACHADO POR:					
NOMBRES Y APELLIDOS Lcdo Carlos Almeida			FIRMA Y SELLO		
CARGO: Laboratorista					

1. ¿Se realizaron pruebas pre-transfusionales?: registrar si además de la entrega de componentes sanguíneos, el servicio de sangre proveedor realizó la compatibilización de los componentes.
2. Nº de pruebas pre-transfusionales realizadas: registrar en formato numérico la cantidad de pruebas pretransfusionales realizadas; en caso de que se hayan realizadas.
3. Códigos de los componentes sanguíneos en los que se realizaron pruebas pre-transfusionales: registrar en formato numérico los códigos de los componentes sanguíneos que fueron compatibilizados.
4. Observaciones: registrar las observaciones pertinentes.

Handwritten signature and initials

Nota: los establecimientos de salud que soliciten componentes sanguíneos por emergencia deberán colocar en este espacio un sello que contenga la leyenda "Solicitud de Emergencia y el unicódigo del establecimiento de salud", para discernir entre las solicitudes de existencias planificadas y las solicitudes de existencias por emergencia.

5. Fecha de despacho: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en que se despachan los componentes sanguíneos.
6. Hora de despacho: registrar en formato numérico hh.mm, la hora en que se despachan los componentes sanguíneos.
7. Nombre del servicio de sangre que despacha: registrar el nombre legal del servicio de sangre que despacha los componentes sanguíneos.
8. Despachado por:
 - Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos del responsable que realiza el despacho de los componentes sanguíneos en el servicio de sangre proveedor.
 - Cargo: registrar el cargo que desempeña el responsable del despacho, en la entidad que entrega los componentes sanguíneos.
 - Firma y sello: registrar la firma y sello del responsable que realiza el despacho de los componentes sanguíneos en el servicio de sangre proveedor.

10.5. Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos

10.5.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	AQUÍ LOGO INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS		 Dono sangre
FECHA DE SOLICITUD:	12 de 12 de 2015	HORA: 16:30	N° DE SOLICITUD: 002520	

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en esta solicitud registrar adicionalmente el unicódigo.
2. Fecha de solicitud: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa la fecha en que se llena la solicitud de componentes sanguíneos.
3. Hora: registrar en formato numérico hh:mm (24 horas) la hora en que se llena la solicitud.
4. N° de solicitud: corresponde al número único asignado a la solicitud, en orden secuencial ascendente. En caso de solicitudes físicas el número puede estar pre impreso. En caso de solicitudes digitales, se deben asegurar los mecanismos para la asignación de la numeración inequívoca e irreplicable.



10.5.2. Identificación del receptor

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR (SUJETO)			
APELLIDOS Y NOMBRES _____		SALA: _____	CAMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA: <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/>	N° DE IDENTIFICACIÓN: _____	
NACIONALIDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	PESO (kg): _____
DIAGNÓSTICO CE 10: _____			CÓDIGO CE 10: _____
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: _____			CÓDIGO CE 10: _____
AFILIADO A:		CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE	
SEGURO ISSFA: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>	CLÍNICO: <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA (8 min): <input type="checkbox"/>
SEGURO ISSPOL: <input type="checkbox"/>	NO APORTA: <input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/>	URGENCIA (15 min): <input type="checkbox"/>
IESS SEGURO GENERAL: <input type="checkbox"/>	SEGURO PRIVADO: <input type="checkbox"/>	NEONATOLÓGICO: <input type="checkbox"/>	ROUTINA (45 min): <input type="checkbox"/>
IESS SEGURO VOLUNTARIO: <input type="checkbox"/>	SEGURO INDIRECTO: <input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/>	ALJUSTAR: <input type="checkbox"/>
IESS SEGURO CAMPESINO: <input type="checkbox"/>			FECHA: <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/>
			PRORIDAD DE LA SOLICITUD

Este bloque corresponde a datos generales del receptor. Debe ser llenado por el profesional de salud que prescribe el componente sanguíneo.

1. Apellidos y nombres: escribir legiblemente los apellidos y nombres completos de la persona que va a recibir la transfusión del componente sanguíneo.
2. Servicio: escribir el nombre del servicio donde está hospitalizada la persona que recibirá la transfusión. Ejemplos: pediatría, cirugía, emergencia, etc.
3. Sala: escribir el nombre de la sala donde está hospitalizada la persona que recibirá la transfusión. Ejemplos: hombres, mujeres, aislados, etc.
4. Cama: escribir el número de cama donde está hospitalizada la persona que recibirá la transfusión. Ejemplos: 2, 5, 12, 18, 22, etc.

5. Documento de identificación: seleccionar con una X el documento mediante el cual se identifica a la persona que recibirá la transfusión.
- Cédula de identidad
 - Pasaporte
 - Historia clínica
 - Formulario de emergencia hospitalaria
6. N° de identificación: escribir en formato numérico el número del documento de identificación de la persona que recibirá la transfusión.
7. Nacionalidad: escribir la nacionalidad de la persona que recibirá la transfusión. Ejemplos: ecuatoriana, colombiana, francesa, etc.
8. Fecha de nacimiento: escribir la fecha de nacimiento en formato numérico dd/mm/aaaa de la persona que recibirá la transfusión.
9. Edad: escribir la edad en años cumplidos de la persona que recibirá la transfusión en el establecimiento de salud.

Nota: en caso de que el receptor no recuerde la fecha exacta de nacimiento, se podrá inferir preguntando edad y calculando el año aproximado de nacimiento. Ejemplo: receptor indica tener 20 años entonces reste al año correspondiente (2016) la edad (20), en este caso la fecha aproximada de nacimiento sería 01/01/1995. Es decir, si no sabe la fecha exacta, coloque para el día y el mes 01/01 respectivamente. Al tener fecha de nacimiento, se obtendrá información por grupos etarios.

10. Sexo: marcar con una X en el casillero correspondiente al sexo de la persona que recibirá la transfusión, según corresponda a hombre (H) o mujer (M).
11. Peso: registrar el peso en kilogramos (Kg) del receptor.
12. Diagnóstico Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10): escribir el código CIE 10 del diagnóstico por el cual la persona que recibirá la transfusión, se encuentra hospitalizada en esta ocasión en el establecimiento de salud.

Amador
al 

Nota: la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).
 "Ofrece alternativas adicionales para una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que pueden ocupar el lugar de diagnóstico en los registros de salud"

En el siguiente link, <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-informacion-seguimiento-y-control-de-gestion/> podrá consultar y descargar el aplicativo para Windows de la CIE10. ⁽²¹⁾

13. Motivo de la transfusión: escribir la causa que origina la necesidad de transfundir en la persona hospitalizada en el establecimiento de salud. El motivo no necesariamente corresponde al mismo diagnóstico CIE 10. Ejemplo: persona con diagnóstico de ingreso K65 Peritonitis, el motivo de la transfusión en el paciente, según codificación CIE 10 puede ser K92.2 Hemorragia gastrointestinal.

Nota: se recomienda especificar la causa que indujo la necesidad de transfusión, por ejemplo: Hemorragia digestiva alta, metrorragia, epistaxis severa, hemorragia por trombocitopenia, etc. Es incorrecto indicar "anemia."

14. Afiliado a: registrar con una X el tipo de afiliación a un sistema de aseguramiento de la persona que recibirá la transfusión; puedes ser a los siguientes:
- Seguro ISSFA: afiliado al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
 - Seguro ISSPOL: afiliado al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.
 - IESS, Seguro General: afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, cuando se trabaja en razón de dependencia laboral.
 - IESS, Seguro Voluntario: afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social bajo la condición de asegurado voluntario.
 - IESS Seguro Campesino: afiliado al Seguro Campesino del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (población rural y pescadores artesanales).

- f. Jubilado: individuos que reciben una pensión mensual vitalicia.
 - g. No aporta: personas que no aportan a ninguno de los seguros mencionados anteriormente.
 - h. Seguro privado: registrar si la persona que recibirá la transfusión posee un seguro médico privado. Se lo define como aquél que es voluntariamente sufragado por ciudadanos a título personal o por empresarios a cuenta de sus trabajadores.
 - i. Seguro indirecto: registrar si el aseguramiento es una extensión de salud del seguro de sus cónyuges. Este tiene cobertura a hijos de hasta 18 años y es cubiertos por afiliados a cualquiera de los seguros anteriores.
15. Categorización del paciente: registrar con una X la categorización de la persona que recibirá la transfusión.

Nota: con el propósito de estandarizar y hacer más específica la clasificación en los registros de los diferentes establecimientos de salud a nivel país, se recomienda que los receptores de transfusiones sean agrupados o clasificados en cuatro grupos, de acuerdo a la condición que hace necesaria la transfusión de componentes sanguíneos, la idea no es clasificar a las áreas (servicios) en los que se encuentran los receptores, sino clasificar a los receptores de acuerdo a la condición de transfusión y aplicar para ello en paralelo su diagnóstico CIE 10⁽²¹⁾⁽²²⁾.

16. Prioridad de la solicitud: registrar mediante una X la prioridad del despacho del componente sanguíneo solicitado, si marca en alistar se deberá además incluir la fecha y la hora a la que se requiere que el componente sanguíneo solicitado esté listo.

Amor
al Perú

10.5.3. Antecedentes transfusionales

2. ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	
TRANSFUSIONES ANTERIORES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR:	< DE 2 MESES <input type="checkbox"/> 3-5 MESES <input type="checkbox"/> 6-8 MESES <input type="checkbox"/> 9-11 MESES <input type="checkbox"/> > 12 MESES <input type="checkbox"/>
REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

1. Transfusiones anteriores: registrar con una X en las opciones SI o NO, según el receptor haya tenido transfusiones de componentes sanguíneos anteriormente.
2. Tiempo de la transfusión anterior: si se registra en el ítem anterior la opción SI, se debe registrar con una X el tiempo de la transfusión anterior.
3. Reacciones adversas transfusionales previas: registrar con una X en las opciones SI o No, según el receptor haya tenido reacciones a una transfusión.

Nota: el contar con un historial de transfusiones de componentes sanguíneos y reacciones adversas transfusionales (RAT) previas sirve de guía, pues facilita la asistencia sanitaria, dando constancia de todos los datos que permitan el conocimiento veraz del estado de salud del receptor.

10.5.4. Datos de laboratorio actuales

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES											
HEMOGLOBINA:	3,0 g/dl	HEMATOCRITO:	29,7%	PLAQUETAS:	20.600/mm ³	TP:	>1/5	TTP:	>1/5	GRUPO ABO/RH:	B+
OTROS: _____											

1. Hemoglobina: registrar el resultado actual de la determinación de hemoglobina en el receptor.
2. Hematocrito: registrar el resultado actual de la determinación de hematocrito en el receptor.
3. Plaquetas: registrar el resultado actual de la determinación de plaquetas en el receptor.
4. Tiempo de protrombina/Tiempo de tromboplastina parcial (TP/TTP): escribir el resultado actual de los tiempos de coagulación en el receptor.
5. Grupo ABO/Rh: escribir el grupo ABO/Rh del receptor, en caso de que éste se conozca.
6. Otros: escribir el resultado de cualquier otro análisis laboratorial que se disponga del receptor.

Nota: el contar con resultados actuales de determinaciones de laboratorio, ayuda al personal que prepara los componentes sanguíneos.

Amor P
del 2016

10.5.5. Tipo y número de componentes sanguíneos solicitados

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS					
COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR	1	UNO	CONCENTRADO DE PLAQUETAS		CP
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFRESIS	1	UNO
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO			PLASMA FRESCO CONGELADO		PF
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO			CRIPRECIPITADO		CRIO
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA REFRIGERADO		PR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO PEDIÁTRICO			SANGRE RECONSTITUIDA		SR
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS			OTRO:		

1. Registrar junto al nombre del componente sanguíneo la cantidad solicitada en formato numérico y en formato alfabético, (si el componente sanguíneo que se desea solicitar no se encuentra en el listado impreso, solicitar como otro y junto a este ítem escribir el nombre del componente sanguíneo solicitado).

Nota: para la prescripción de componentes sanguíneos se deben seguir las recomendaciones dadas en la Guía de Práctica Clínica, Transfusión de sangre y sus componentes del Ministerio de Salud Pública 2013.⁽⁵⁾

10.5.6. Solicitud de componentes sanguíneos con pruebas de compatibilidad en proceso

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



Yo, ... Tania Ramos Cárdenas..... en calidad de médico prescriptor del paciente, Gina Silva Mera.....
 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.

1. Registrar los nombres y apellidos del médico responsable de prescribir el o los componentes sanguíneos por urgencia o emergencia.
2. Registrar los nombres y apellidos del paciente que necesita el o los componentes sanguíneos por urgencia o emergencia.

Nota: sólo en situaciones urgentes/emergentes que se necesitan componentes sanguíneos sin que se hayan completado todas las pruebas pre-transfusionales, el profesional que prescribe deberá llenar este acápite, donde se hará constar los nombres y apellidos del profesional que prescribe el componente sanguíneo y los nombres y apellidos del receptor.

Handwritten signature and initials

10.5.7. Datos del médico que prescribe el componente sanguíneo

5. DATOS DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE EL COMPONENTE SANGUÍNEO.			BELLO
NOMBRES Y APELLIDOS			FIRMA
Dra. Marcela Vargas			
C.I:	1709565XXX	CÓDIGO PROFESIONAL: 3231K	
			

1. Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos del médico que prescribe la transfusión de componentes sanguíneos.
2. Cédula de identidad: registrar el número del documento de identidad del médico que prescribe la transfusión de los componentes sanguíneos (en formato numérico).
3. Código profesional: escribir el número de código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del médico que prescribe el componente sanguíneo.
4. Firma: el médico que prescribe la transfusión debe registrar su firma en la solicitud de los componentes sanguíneos.
5. Sello: colocar el sello del médico que prescribe el o los componentes sanguíneos.

10.5.8. Recepción de la Solicitud

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL			
7. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD.			
FECHA:	HORA:	RESPONSABLE:	Lcd.Carlos Bernal
12/11/2015	9:00		
ESTE FORMULARIO LLENADO CORRECTAMENTE, PUEDE CONTRIBUIR A SALVAR UNA VIDA RECUERDE ES SU RESPONSABILIDAD			

Esta sección es de uso exclusivo del personal de salud del servicio de medicina transfusional.

1. Fecha: registrar la fecha en la que el servicio de medicina transfusional recibió la solicitud intrahospitalaria componentes sanguíneos.
2. Hora: registrar la hora en la que el servicio de medicina transfusional recibió la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.
3. Responsable: registrar el nombre de la persona que en el servicio de medicina transfusional recibió la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.

10.6. Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas

Este registro es una hoja Excel, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda, estas son necesarias para los cálculos correspondientes, los cuales en esta hoja Excel se realizan de manera automática.



omeal
de  

10.6.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	ADQUILOGO INSTITUCIONAL	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DIARIO AUTOMATIZADO DE TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS	 Sistema Nacional de Sangre
FECHA: 12 / 12 / 2015	DIA: Sábado		

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en esta solicitud registrar adicionalmente el unicódigo.
2. Fecha: registrar la fecha en la que se realiza el registro de transfusión de componentes sanguíneos, en formato numérico.
3. Día: registrar el nombre del día del que se realiza el registro de componentes sanguíneos.

10.6.2. Identificación de responsables de llenado

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL REPORTE	
NOMBRES Y APELLIDOS	Loba, Isabel Morejón
N° CÉDULA DE IDENTIDAD	1745xxxxxx
CÓDIGO PROFESIONAL	1540x
FIRMA Y SELLO:	
DATOS DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	
NOMBRES Y APELLIDOS	Loba, Martha Acuña
N° CÉDULA DE IDENTIDAD	1745xxxxxx
CÓDIGO PROFESIONAL	1255xx
FIRMA Y SELLO:	

Se identifica al responsable de registrar la información y al responsable del servicio de medicina transfusional de hacer seguimiento de todos los procesos

10.6.2.1. Identificación del responsable del llenado del registro:

1. Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos completos del profesional que realiza el registro de las transfusiones.
2. Cédula de identidad: registrar el número del documento de identidad del profesional que realiza el registro de las transfusiones.
3. Código profesional: registrar el número de código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del profesional que realiza el registro de las transfusiones.
4. Firma: colocar la firma del profesional que realiza el registro de las transfusiones.
5. Sello: colocar el sello del profesional que realiza el registro de las transfusiones.

10.6.2.2. Identificación del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento:

1. Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos completos del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento en el cual se realizan las transfusiones.
2. Cédula de identidad: registrar el número del documento de identidad del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento en el cual se realizan las transfusiones.
3. Código profesional: registrar el número de código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento en el cual se realizan las transfusiones.
4. Firma: colocar la firma del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento en el cual se realizan las transfusiones.
5. Sello: colocar el sello del responsable del servicio de medicina transfusional del establecimiento en el cual se realizan las transfusiones.

Handwritten signature and initials

10.6.3. Datos del receptor

DATOS DEL PACIENTE														
N°	Apellidos y Nombres	Servicio Hospitalario	Identificación del paciente	N° de Identificación	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Necesidad	Aporta o es Afiliado, Asegurado, etc.	Transfusiones Autorizadas	Categorización del paciente	Código Diagnóstico CIE10	Código CIE 11 del motivo de la transfusión	N° de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos
1	Juan David Robledo	UCI	CÉDULA DE IDENTIDAD	17884444	Hombre	21	10/11/1994	Esencial	Seguro Privado	NO	Crítico	M20	R21	0016

Los datos necesarios para esta sección se originan en los datos registrados en la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.

1. Número: registrar en número ordinal ascendente según el número de pacientes que reciban transfusión en el establecimiento de salud. No se debe confundir con el número de componentes sanguíneos despachados o transfundidos.

Nota: si un paciente recibe la transfusión de más de un componente o diferentes tipos de componentes en un mismo día de hospitalización, continuará contándose como un paciente, aunque el número de componentes sanguíneos varíe.

2. Apellidos y nombres: registrar los apellidos y nombres completos del receptor.
3. Servicio: registrar el nombre del servicio en el cual se encuentra hospitalizado el receptor.
4. Identificación del receptor: registrar el tipo de documento de identidad que disponga el receptor de la transfusión de los componentes. En formato Excel se debe elegir de una lista desplegable el documento de identificación.
5. N° de identificación: registrar el número del documento de identificación del receptor de la transfusión de los componentes.
6. Sexo: registrar el sexo del receptor de la transfusión de componentes sanguíneos, según sea hombre o mujer.
7. Edad: registrar en formato numérico la edad en años cumplidos del receptor de la transfusión de componentes sanguíneos.

8. Fecha de nacimiento: registrar en formato numérico la fecha de nacimiento completa del receptor de la transfusión de componentes sanguíneos.
9. Nacionalidad: registrar la nacionalidad que posee el receptor de la transfusión de componentes sanguíneos. En formato Excel se debe seleccionar de la lista desplegable la nacionalidad respectiva.
10. Aporta o es afiliado a: registrar el tipo de seguro médico que posee el receptor de la transfusión de componentes sanguíneos. En formato Excel se debe seleccionar de la lista desplegable el tipo de seguro respectivo
11. Transfusiones anteriores: registrar Si o No, según el receptor haya recibido transfusiones anteriormente.
12. Categorización del paciente: registrar la categorización del paciente según corresponda. En el formato Excel se debe seleccionar una de la lista desplegable.
13. Código diagnóstico CIE 10: registrar el código del diagnóstico CIE 10 del receptor de la transfusión de componentes sanguíneos.
14. Código CIE10 del motivo de la transfusión: registrar el código CIE 10 del motivo por el cual el paciente tuvo que recibir una transfusión.
15. N° de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos: registrar el número de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos. Es importante para la trazabilidad de los componentes despachados.

10.6.4. Datos de los Componentes Sanguíneos

DATOS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS									
Tipo de componente sanguíneo	Grupo ABO/RH	Cantidad	Prioridad del Despacho	Componente sanguíneo despachado	Código del componente sanguíneo despachado	Componente sanguíneo transfundido	Componente sanguíneo devuelto	Causa de devolución de componentes sanguíneos	Transfusión aplazada por falta de componentes sanguíneos
CCAPI	O+	1	Urgencia	SI	2016445xx	SI	NO		NO

Amador


Esta sección corresponde a la información pertinente de los componentes sanguíneos, tanto aquellos transfundidos como los que fueron solicitados, alistados, no usados y devueltos.

1. Tipo de componente sanguíneo: registrar el tipo de componente sanguíneo que fue entregado para transfundir y debe ser igual al prescrito en la solicitud de componentes. En el formato Excel se debe elegir uno de la lista desplegable.
2. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo del componente sanguíneo que fue entregado para transfundir, según sea compatible. En formato Excel se debe elegir uno de la lista desplegable.
3. Cantidad: registrar la cantidad de componentes sanguíneos entregados para transfundir. Si se entregarán más de un componente sanguíneo del mismo tipo y grupo, para un mismo paciente, cada componente deberá registrarse como uno y por separado, en virtud de que cada componente tiene un código de identificación diferente.
4. Prioridad del despacho: registrar la prioridad con la que fue solicitado el componente sanguíneo, según corresponda y se haya registrado en la solicitud de componentes. En formato Excel se debe elegir la opción que corresponda de la lista desplegable.
5. Componente sanguíneo despachado: registrar Si o No según se haya despachado el componente sanguíneo solicitado.
6. Código del componente sanguíneo despachado: registrar el código del componente sanguíneo enviado para transfundir.
7. Componente sanguíneo transfundido: registrar Si o No según se haya transfundido efectivamente el componente sanguíneo despachado.
8. Componente sanguíneo devuelto: registrar SI o No según se haya devuelto el componente sanguíneo despachado, desde el servicio hospitalario al servicio de medicina transfusional seleccionar.
9. Causa de la devolución del componente sanguíneo: en caso de que el componente sanguíneo haya sido devuelto, registrar la causa por la que se procedió a la devolución.
10. Transfusión aplazada por falta de componente sanguíneo: registrar SI o NO según se haya aplazado la transfusión prescrita, debido sólo a la falta de componentes sanguíneos disponibles.

10.6.5. Hemovigilancia

HEMOVIGILANCIA	
Reacción adversa a la transfusión	Tipo de reacción adversa presentada
NO	

Esta sección corresponde a la información de las reacciones adversas que hayan ocurrido en el receptor.

1. Reacción adversa a la transfusión: registrar SI o NO según hayan ocurrido reacciones adversas en el receptor de la transfusión y sea comunicado por el servicio hospitalario.
2. Tipo de reacción adversa presentada: registrar el nombre de la reacción adversa que presentó el receptor durante la transfusión. En el formato Excel se debe elegir el nombre de una reacción adversa según corresponda.

10.6.6. Tablas para consolidar datos

En esta sección se encuentran las tablas que consolidan la información registrada. En formato Excel la consolidación es automática y no deben ser modificadas ni alteradas.

Tabla N° 1
Sexo del paciente

Hombre	10
Mujer	10
Total	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 2
Identificación del paciente

Cédula De identidad	17
Pasaporte	0
Historia clínica	3
Formulario de emergencia	0
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 3
Edad en años

0-30 días	0
1-11 mese	0
1-4	0
5-9	0
10-19	0
20-34	10
35-49	5
50-64	3
> 65	2
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 4
Nacionalidad del paciente

Ecuatoriano/a	18
Colombiano/a	1
Peruano/a	0
Cubano/a	0
Otra	1
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 5
Aporta o es afiliado a:

Seguro ISSPOL	0
Seguro ISSFA	0
IESS Seguro General	0
IESS Seguro Voluntario	0
IESS Seguro Campesino	0
Jubilado	0
Seguro indirecto	0
Seguro privado	0
No aporta	20
Otro	0
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 6
Transfusiones anteriores

Si	2
No	18
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 7
Categorización del paciente

Clinico	5
Quirúrgico	5
Neonatólogo	0
Gineco-obstétrico	10
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

0148-2016

Tabla N° 8
Tipo de componente sanguíneo por grupo ABO/Rh

Tipo de componente sanguíneo	TOTAL	Grupo ABO/Rh										TOTAL				
		A+	B+	AB+	O+	A-	B-	AB-	O-	A	B		AB	O		
Concentrado Glóbulos Rojos Estándar	11	2	1	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11
Concentrado de Glóbulos Rojos Sin Capa Leucoplaquetaria	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Concentrado Glóbulos Rojos Leucorreducidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado Glóbulos Rojos Pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado Glóbulos Rojos Pediátrico Sin Capa Leucoplaquetaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado Glóbulos Rojos Pediátrico Leucorreducido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado Glóbulos Rojos Irradiados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado Glóbulos Rojos Pediátrico Irradiado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado de Plaquetas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concentrado de Plaquetas por Aféresis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Plasma Fresco Congelado	7	0		0		0	0	0	0	1	2	0	4	7		
Crioprecipitado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Plasma refrigerado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sangre reconstituida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	20	2	1	0	9	0	0	0	1	1	2	0	4	20		

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS, 2016.

ansb
el (P) Lup

Tabla N° 9
Prioridad de la transfusión

Emergencia	5
Urgencia	5
Rutina	7
Allistar	3
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 10
Componente sanguíneo despachado

Si	20
No	0
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016

Tabla N° 10
Componente transfundido

Si	19
No	1
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 11
Componente sanguíneo devuelto

Si	1
No	19
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 12
Transfusiones aplazadas

Si	0
No	20
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 13
Reacción adversa a la transfusión

Si	0
No	20
TOTAL	20

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016.

Tabla N° 14
Tipo de reacción adversa a la transfusión

Reacción febril no hemolítica	0
Reacción hemolítica aguda	0
Hemólisis no inmune	0
Edema pulmonar no cardiogénico (TRALI)	0
Reacción anafiláctica	0
Reacción alérgica	0
Sobrecarga circulatoria	0
Sepsis	0
Reacción hemolítica tardía	0
Púrpura transfusional	0
Enfermedad injerto contra huésped (EICH)	0
Inmunomodulación	0
Infección bacteriana	0
Infección viral	0
Infección parasitaria	0
Sobrecarga de hierro	0
Otras	0
TOTAL	0

Fuente: Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas
Elaboración: PNS; 2016

10.7. Registro mensual de transfusiones sanguíneas

Este registro es una hoja Excel, por tanto no se deben modificar las fórmulas ingresadas en cada celda, estas son necesarias para los cálculos correspondientes, los cuales en esta hoja Excel se realizan de manera automática.

10.7.1. Encabezado

	AQUÍ LOGO INSTITUCIÓN	
SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REGISTRO MENSUAL DE TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS		



1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo.

10.7.2. Bloque A: datos generales del establecimiento de salud

BLOQUE A: DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.									
FECHA:	12	6	2011	MES DE REPORTE:	Mayo				
	DE	DEL	DEL						
ZONA:	9	PROVINCIA:	Pichincha	DISTRITO:	1700xx				172xx
UNICÓDIGO:	328xx								
RED:									
	FURUCA:		PREVACA:						
N° DE INGRESOS HOSPITALARIOS:	0	1	2	1					
N° DE CAMAS:	0	1	5	0					

1. Fecha: escribir en número y formato dd/mm/aaaa la fecha en la que se realiza el reporte mensual de transfusiones.
2. Mes de reporte: escribir el nombre del mes al cual pertenece la información consolidada y de reporte de transfusiones sanguíneas.
3. Zona: registrar el número de la zona de acuerdo a la planificación territorial, en el cual se encuentra ubicado el establecimiento de salud que realiza el reporte mensual de transfusiones.
4. Provincia: registrar el nombre de la provincia en donde se encuentra ubicado el establecimiento de salud que realiza el reporte mensual de transfusiones.
5. Distrito: registrar código del distrito al cual pertenece el establecimiento de salud que realiza el reporte mensual de transfusiones.
6. Circuito: registrar código del circuito al cual pertenece el establecimiento de salud que realiza el reporte mensual de transfusiones.
7. Unicódigo: registrar unicódigo asignado al establecimiento de salud que realiza el reporte mensual de transfusiones.
8. Red: marcar mediante una X según el establecimiento de salud corresponda a la red pública o privada.
9. N° de ingresos hospitalarios: registrar en formato numérico la cantidad de ingresos hospitalarios que haya registrado el establecimiento de salud donde se encuentra el servicio de medicina transfusional desde el primer hasta el último día del mes de reporte.
10. N° de camas: registrar en formato numérico la cantidad de camas disponibles o habilitadas que tuvo el establecimiento de salud en el mes de reporte N° de ingresos hospitalarios: registrar en formato numérico la cantidad de ingresos hospitalarios del mes.

10.7.3. Bloque B: identificación del responsable del servicio de medicina transfusional

BLOQUE B: DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL (SMT)	
NOMBRES Y APELLIDOS	
Lcda. Diana Gabriela Ramirez	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	17XXXXXXX-X
CÓDIGO PROFESIONAL:	MSP: LXX-FXXX
FIRMA Y SELLO:	
 	

1. Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos completos del profesional responsable del servicio de medicina transfusional.
2. Cédula de identidad: registrar el número de la cédula de identidad del profesional responsable del servicio de medicina transfusional.
3. Código profesional: registrar el número de código profesional otorgado por el Ministerio de Salud Pública (formato alfanumérico) del profesional responsable del servicio de medicina transfusional.
4. Firma y sello: registrar la firma y sello del responsable del servicio de medicina transfusional que realiza el reporte.

10.7.4. Bloque C: datos de gestión de existencias del servicio

BLOQUE C: DATOS DE GESTIÓN DE STOCK DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	
Nº DE SOLICITUDES DE EMERGENCIA REALIZADAS AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR:	2
Nº DE SOLICITUDES PLANIFICADAS REALIZADAS AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR:	10
Nº DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR:	120
Nº DE COMPONENTES SANGUÍNEOS RECIBIDOS DESDE EL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR:	120
Nº DE SOLICITUDES INTRAHOSPITALARIAS DE COMPONENTES SANGUÍNEOS:	100

1. Nº de solicitudes de emergencia realizadas al servicio de sangre proveedor; registrar en formato numérico la cantidad de solicitudes de componentes sanguíneos realizados por emergencia al servicio de sangre proveedor durante el mes de reporte.
2. Nº de solicitudes planificado realizadas al servicio de sangre proveedor; registrar en formato numérico la cantidad de solicitudes de componentes sanguíneos realizados según planificación al servicio de sangre proveedor durante el mes de reporte.
3. Nº de componentes sanguíneos solicitados al servicio de sangre proveedor; registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos solicitados por el servicio de medicina transfusional al servicio de sangre proveedor durante el mes de reporte.
4. Nº de componentes sanguíneos recibidos desde un servicio de sangre proveedor; registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos recibidos en el servicio de medicina transfusional servicio de medicina transfusional desde uno o varios servicios de sangre proveedores durante el mes de reporte.

Handwritten signature and stamp:
 [Signature] [Circular Stamp]

5. Nº de solicitudes intrahospitalarias: registrar en formato numérico la cantidad total de solicitudes intrahospitalarias de componentes sanguíneos receptados en el servicio de medicina transfusional del establecimiento de salud durante el mes de reporte.

10.7.5. Bloque D: datos de los usuarios

BLOQUE D: DATOS DE LOS USUARIOS																	
N°	SEXO		EDAD (AÑOS)						CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES				TRANSFUSIONES ANTERIORES				
	HOMBRE	MUJER	0-30 días	1-11 meses	1-4	5-9	10-19	20-34	35-49	50-64	> 64	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	NEONATOLÓGICO	GINECO-OBSTÉTRICO	SI	NO
1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1

En este bloque registrar en la primera columna en forma ascendente el número de pacientes transfundidos y en formato numérico los datos solicitados en cada columna. Los datos deben ser detallados por cada día durante todo el mes y para ello se cuenta con las tablas de consolidación del Registro Diario Automatizado de Transfusiones Sanguíneas.

Nota: se recomienda que el registro mensual sea actualizado diariamente para evitar confusiones y retraso en el análisis de la información

1. Sexo: registrar en formato numérico la cantidad total de personas que hayan recibido una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, según hayan sido hombres o mujeres, por cada día del mes de reporte.
2. Edad: registrar en formato numérico la cantidad total de personas que hayan recibido una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, según cada grupo de edad, por cada día del mes de reporte.
3. Categorización de pacientes: registrar en formato numérico la cantidad de personas que hayan recibido una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, según cada categoría de paciente, por cada día del mes de reporte.
4. Transfusiones anteriores: registrar en formato numérico la cantidad de personas que hayan recibido una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, según estos hayan recibido anteriormente o no una transfusión, por cada día del mes de reporte.

10.7.6. Bloque E: datos de los componentes sanguíneos transfundidos

BLOQUE E. DATOS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFUNDIDOS															
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR (CORE)					CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA (CORESCLW)					CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO (COREL)					TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFUNDIDOS
A	B	AB	O	Sexo	A	B	AB	O	Edad	A	B	AB	O	Anterior	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

1. Componentes sanguíneos transfundidos: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos transfundidos en el establecimiento de salud, según cada tipo y grupo de componente, por cada día del mes de reporte. Los tipos de componentes sanguíneos son los siguientes:

Amabil
2 *EJ*

- a. Concentrados de glóbulos rojos
- b. Concentrado de glóbulos rojos pediátricos
- c. Plasma fresco congelado
- d. Concentrado de plaquetas
- e. Concentrado de plaquetas por aféresis
- f. Plasma refrigerado
- g. Crioprecipitado
- h. Sangre reconstituida

2. Total de componentes sanguíneos transfundidos: registrar en formato numérico la cantidad de todos los componentes sanguíneos transfundidos en el establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.

10.7.7. Bloque F: datos del servicio de medicina transfusional

BLOQUE F. DATOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL											
N° DE SOLICITUDES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SEGUN SU PRIORIDAD			N° DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ALISTADOS		N° DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DESPACHADOS		N° DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DEVUELTOS		N° DE TRANSFUSIONES AFLAZADAS POR FALTA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	N° DE REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES	N° DE COMPONENTES SANGUÍNEOS DESCARTADOS
			URGENCIA	RUTINA	ALISTAR	EMERGENCIA	RUTINA	ALISTAR			
0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	

1. N° de solicitudes de componentes sanguíneos según su prioridad: registrar en formato numérico la cantidad de componentes sanguíneos despachados según la prioridad de solicitud en el establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.
2. N° de componentes sanguíneos alistados: registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos alistados por el servicio de medicina transfusional del establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.
3. N° de componentes sanguíneos despachados: registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos efectivamente despachados por el servicio de medicina transfusional del establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.
4. N° de componentes sanguíneos devueltos: registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos devueltos por los servicios hospitalarios al servicio de medicina transfusional del establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.
5. N° transfusiones aplazadas por falta de componentes sanguíneos: registrar en formato numérico la cantidad total de transfusiones aplazadas en el establecimiento de salud por falta de componentes sanguíneos disponibles en el servicio de medicina transfusional del establecimiento, por cada día del mes de reporte.
6. N° de reacciones adversas transfusionales: registrar en formato numérico la cantidad total de reacciones adversas a causa de transfusiones presentadas en el establecimiento de salud, por cada día del mes de reporte.
7. N° de componentes sanguíneos descartados: registrar en formato numérico la cantidad total de componentes sanguíneos descartados en el servicio de medicina transfusional por cualquier causa, por cada día del mes de reporte.

10.7.8. Bloque G: nacionalidad de los usuarios

BLOQUE G. NACIONALIDAD DE LOS USUARIOS.		
Nº. DE ORDEN	NACIONALIDAD	Nro. Casos
1	ECUATORIANO	1
2	COLOMBIANO	0
3	PERUANO	0
4	CUBANO	0
5	OTRO*	0
TOTAL		1

1. Registrar en formato numérico la cantidad de pacientes que recibieron una transfusión en el establecimiento de salud, según la nacionalidad que les corresponda, durante el mes de reporte.

10.7.9. Bloque H: afiliación de los usuarios

BLOQUE H. AFILIACIÓN DE LOS USUARIOS.		
Nº. DE ORDEN	APORTA O ES AFILIADO A	Nro. Casos
1	SEGURO ISSFA	0
2	SEGURO ISSPOL	0
3	IESS SEGURO GENERAL	0
4	IESS SEGURO VOLUNTARIO	0
5	IESS SEGURO CAMPESINO	0
6	JUBILADO	0
7	NO APORTA	0
8	SEGURO PRIVADO	1
9	SEGURO INDIRECTO	0
10	OTRO	0
TOTAL		1

1. Registrar en formato numérico la cantidad total de pacientes que recibieron una transfusión en el establecimiento de salud, según cada tipo de seguro que tengan los pacientes, durante el mes de reporte.

10.7.10. Bloque I: diez (10) principales motivos de la transfusión sanguínea

BLOQUE I. 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA					
Nº. DE ORDEN	DIAGNÓSTICO (CÓDIGO CIE 10)	Nro. Casos	Nº. DE ORDEN	MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN (CÓDIGO CIE 10)	Nro. Casos
1	0	0	1	0	0
2	0	0	2	0	0
3	0	0	3	0	0
4	0	0	4	0	0
5	0	0	5	0	0
6	0	0	6	0	0
7	0	0	7	0	0
8	0	0	8	0	0
9	0	0	9	0	0
10	0	0	10	0	0
TOTAL		0	TOTAL		0

1. Número de orden: corresponde al orden ascendente desde la primera hasta la décima causa, según sea la frecuencia de cada diagnóstico CIE10 que requirió la transfusión. Al mayor número de casos por diagnóstico le corresponde la primera causa que motiva la transfusión.
2. Diagnóstico CIE 10: registrar en orden descendente los códigos de los 10 principales diagnósticos CIE 10 que con mayor frecuencia requirieron transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. La causa N0. 10 siempre corresponderá a otros y en ella se deben agrupar todos los diagnósticos que en orden de frecuencia no se agrupen hasta la causa No. 9.

Nota: pueden existir establecimientos de salud con escasa demanda transfusional, en cuyos casos pueden ser menos de 10 las causas de diagnóstico CIE 10 que motiven una transfusión.

3. Número de casos: registrar en orden descendente el número total de casos por cada diagnóstico CIE10 que requirió la transfusión en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. La causa N0. 10 siempre corresponderá a **otros** y en ella se deben sumar todos los diagnósticos que en orden de frecuencia no se agrupen hasta la causa No. 9.
4. Número de orden: corresponde al orden ascendente desde la primera hasta la décima, según sea la frecuencia de cada diagnóstico CIE10 que motivó la transfusión. Al mayor número de casos por diagnóstico le corresponde la primera causa que motiva la transfusión.
5. Motivo de la Transfusión Código CIE10: registrar en orden descendente los códigos de los 10 principales diagnósticos CIE 10 que con mayor frecuencia motivaron una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. La causa N0. 10 siempre corresponderá a otros y en ella se deben agrupar todos los diagnósticos que en orden de frecuencia no se agrupen hasta la causa No. 9.
6. Número de casos: registrar en orden descendente el número total de casos por cada diagnóstico CIE10 que motivó la transfusión en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. La causa N°. 10 siempre corresponderá a otros y en ella se deben sumar todos los diagnósticos que en orden de frecuencia no se agrupen hasta la causa No. 9
7. Total: registrar la suma de todos los casos reportados. En formato Excel los cálculos correspondientes, se realizan de manera automática.

10.7.11. Bloque J: reacción adversa transfusional (RAT)

BLOQUE J: REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL		INMEDIATAS			TARDÍAS			TOTAL
Nº DE ORDEN	TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	Nro. Casos	Nº DE ORDEN	TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	Nro. Casos			
1	REACCIÓN FERRE NO HEMOLÍTICA	0	10	REACCIÓN HEMOLÍTICA TARDÍA	0			
2	REACCIÓN HEMOLÍTICA AGUDA	0	11	PÚRPURA TRANSFUSIONAL	0			
3	HEMÓLISIS NO IMMUNE	0	12	ENFERMEDAD INBIERTO CONTRA HUSPÉD (EICH)	0			
4	EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO (ITRAU)	0	13	INFLAMENTULACIÓN	0			
5	REACCIÓN ANAFILÁCTICA	0	14	INFECCIÓN BACTERIANA	0			
6	REACCIÓN ALÉRGICA	0	15	INFECCIÓN VIRAL	0			
7	SORRECARGA CIRCULATORIA	0	16	INFECCIÓN PARASITARIA	0			
8	SEPSIS	0		17	SORRECARGA DE HIERRO	0		
				18	OTRAS (ESPECIFICAR)	0		
SUBTOTAL		0		SUBTOTAL	0			

1. Tipo de reacción adversa: registra en formato numérico la cantidad de reacciones adversas que se presente a consecuencia de una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, según cada tipo de reacción adversa y según sean inmediatas o tardías, durante el mes de reporte.
2. Subtotal: registrar la suma de todas las reacciones adversas clasificadas en inmediatas o tardías que se presentaron a consecuencia de una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. En formato Excel los cálculos correspondientes, se realizan de manera automática.

3. Total: registrar la suma de todas las reacciones adversas que se presentaron a consecuencia de una transfusión de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. En formato Excel los cálculos correspondientes, se realizan de manera automática.

10.7.12. Bloque K: principales causas de descarte de componentes sanguíneos

BLOQUE K. PRINCIPALES CAUSAS DE DESCARTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS												
Nº	CAUSAS DE DESCARTE	Nº CGR	Nº CGRP	Nº PFC	Nº PFCP	Nº CP	Nº CPA	Nº PR	Nº ERIO	Nº SR	TOTAL	
1	PÉRDIDA DE CADENA DE FRÍO										0	
2	RUPTURAS	1									1	
3	CADUCIDAD										0	
4	OTRAS CAUSAS*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	*										0	
6	*										0	
7	*										0	
8	*										0	
9	*										0	
SUBTOTALES		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
TOTAL DESCARTADOS												
1												

ambay
de [signature]

1. Causa de descarte: registrar las principales causas de descarte de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte, por cada tipo de componente sanguíneo:
 - a. Concentrados de glóbulos rojos
 - b. Concentrado de glóbulos rojos pediátricos
 - c. Plasma fresco congelado
 - d. Concentrado de plaquetas
 - e. Concentrado de plaquetas por aféresis
 - f. Plasma refrigerado
 - g. Crioprecipitado
 - h. Sangre reconstituida
2. Total: registrar el número total que corresponde a cada causa de descarte de componentes sanguíneos que se presentaron en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. En formato Excel los cálculos correspondientes, se realizan de manera automática.

10.7.13. Bloque L: principales causas de devolución de componentes sanguíneos.

BLOQUE L. PRINCIPALES CAUSAS DE DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS		
NR	CAUSAS DE DEVOLUCIÓN	TOTAL
1	Criterio médico	2
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
TOTAL		2

1. Causas de devolución: registrar en orden ascendente las 10 primeras causas de devolución de componentes sanguíneos en el establecimiento de salud, desde los servicios hospitalarios al servicio de medicina transfusional, durante el mes de reporte.
2. Total: registrar el número total que corresponde a cada causa de devolución de componente sanguíneos en el establecimiento de salud, durante el mes de reporte. En formato Excel los cálculos correspondientes, se realizan de manera automática.

10.8. Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional

10.8.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	ACOPIADO DE LA INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL	Nº <input style="width: 50px;" type="text" value="50"/>
--	----------------------------	--	---

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en esta solicitud registrar adicionalmente el unicódigo.
2. N° de solicitud: el registro deberá contener una numeración que será ascendente que permita identificarlo, y que deberá corresponder al N° de solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.

Nota: este registro debe ser usado por cada solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos realizada, registrar en el campo de observaciones la fecha, hora y código de las unidades de componentes sanguíneos despachadas, cuando son enviadas en días u horas diferentes.

10.8.2. Sección 1: registro de transfusión de componentes sanguíneos

1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL										
FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD:	12	03	201x							
FECHA DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS:	12	03	201x	HORA:	21	15				
PRIORIDAD DE DESPACHO:	ALISTAR:	<input type="checkbox"/>	RUTINA 45 min:	<input type="checkbox"/>	URGENCIA 15 min:	<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA 5 min:	<input type="checkbox"/>		

Handwritten signature and date:
 02/30/16
 [Signature]

1. Fecha de recepción de la solicitud: registrar la fecha en que la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos fue recibida en el servicio de medicina transfusional.
2. Fecha de despacho de componentes sanguíneos: registrar en números y en formato dd/mm/aaaa la fecha en la que se realizó la entrega de los componentes sanguíneos.
3. Hora: registrar en números la hora en que se realizó la entrega de los componentes sanguíneos.
4. Prioridad de despacho: registrar la prioridad con la que se solicitaron y entregaron los componentes sanguíneos (alistar, rutina, urgencia o emergencia).

10.8.3. Identificación del receptor

1.1.- IDENTIFICACION DEL RECEPTOR									
NOMBRES Y APELLIDOS:	Ximena Araujo Cobos			SERVICIO:	Ginecología	SALA:	2	CAMA:	5
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	<input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE/	<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA:	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DE EMERGENCIA:	<input type="checkbox"/>	Nº DE IDENTIFICACIÓN: 17050xxxx		
FECHA DE NACIMIENTO:	12-08-1988	EDAD:	22	SEXO:	H	<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> F	GRUPO SANGÜÍNEO:	O +
DIAGNÓSTICO DE ID:	Mucosa de útero								
MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:	Hemorragia Uterina								
TRANSFUSIONES ANTERIORES:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> X	REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIA DE TRANSFUSIONES ANTERIORES:									
código de 18: 25									
código de 20: 83.7									

Este bloque corresponde a datos de identificación generales del receptor.

1. Nombres y apellidos: escribir los nombres y apellidos completos del paciente que va a recibir la transfusión del componente sanguíneo.
2. Servicio: escribir el servicio hospitalario en el cual está ingresado el paciente que recibirá la transfusión.
3. Sala: registrar el nombre de la sala, en el servicio hospitalario en el cual está ingresado el paciente que recibirá la transfusión.

4. No. Cama: registrar el No. de cama de la sala donde está ingresado el paciente que recibirá la transfusión.
5. Documento de identificación: registrar el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que recibirá la transfusión.
6. N° de identificación: registrar en formato numérico el número del documento de identificación del paciente.
7. Fecha de nacimiento: escribir en formato numérico dd/mm/aaaa la fecha de nacimiento del paciente.
8. Edad: registrar la edad en años cumplidos del receptor.
9. Sexo: registrar el sexo del paciente que recibirá la transfusión (H= Hombre o M = mujer), según corresponda.
10. Peso: registrar el peso en kilogramos (Kg) del paciente.
11. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del paciente en el caso de que este se conozca.
12. Diagnóstico CIE 10: registrar el diagnóstico CIE10 por el cual el paciente se encuentra hospitalizado en esta ocasión en el establecimiento de salud.
13. Motivo de la transfusión: registrar la causa con código CIE10 que motiva la transfusión, misma que puede ser distinta o igual al diagnóstico de ingreso hospitalario.
14. Transfusiones anteriores: registrar SI o NO, según el paciente haya tenido transfusiones de componentes sanguíneos anteriormente.
15. Reacciones adversas previas: si ha tenido transfusiones anteriores se debe registrar esta parte, registrando SI o NO según presentó reacciones adversas en alguna de las transfusiones anteriores.
16. Historial: se registra este apartado, los detalles del paciente en caso que haya recibido transfusiones anteriores y haya presentado reacciones adversas transfusionales previas, ejemplo. Año de la transfusión anterior, motivo de aquella, etc.

Nota: el contar con un historial de transfusiones de componentes sanguíneos y Reacciones Adversas Transfusionales (RAT) previas sirve de guía, pues facilita la asistencia sanitaria, dando constancia de todos los datos que permitan el conocimiento veraz del estado de salud del receptor.

10.8.3.1. Componentes sanguíneos enviados y pruebas pretransfusionales

10.8.3.1.1. Datos del componente sanguíneo

1.2. COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES						
DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO						
INSPECCIÓN	T °C	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa
✓	6	CGRE	O+	201XXXXX	278	27/04/20x

1. Inspección: registrar con un visto si se realizó o no la inspección del o los componentes sanguíneos, previo al envío.

Nota: los componentes sanguíneos deben ser inspeccionados antes de ser liberados para transfusión; se debe vigilar su integridad, apariencia así como resultados de las pruebas respectivas.

2. Temperatura: registrar la temperatura en grados centígrados, medida al componente sanguíneo al momento de la entrega.
3. Tipo de componente sanguíneo: escribir el nombre del componente sanguíneo entregado, o puede usar su sigla de identificación.
4. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del componente sanguíneo entregado.
5. Código: registrar en formato numérico el código con el que se identifica al componente sanguíneo.
6. Volumen: registrar el volumen en centímetros cúbicos (cc) del componente sanguíneo entregado.
7. Fecha de caducidad: registrar la fecha de caducidad del componente sanguíneo entregado.

10.8.3.1.2. Datos pruebas pre-transfusionales del receptor

DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						
GRUPO ABO/RH	SUBGRUPO ABO	FENOTIPO RH	COOMBS DIRECTO	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTICUERPO IRRREGULAR
O+		ccE	Neg	Neg	Neg	
TOTAL DE COMPONENTES SANGUINEOS ENVIADOS: <input type="text" value="1"/>						
OBSERVACIONES:						

Nota: si su servicio de medicina transfusional no realiza alguno de los análisis aquí descritos colocar N/A (no aplica) en ese análisis.

1. Grupo ABO/Rh: registrar el resultado del análisis de grupo sanguíneo ABO/Rh realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión.
2. Subgrupo ABO: registrar el resultado del análisis de subgrupo ABO, realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión.
3. Fenotipo Rh: registrar el resultado del análisis de fenotipo Rh, realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión.
4. Coombs directo/autocontrol: registrar el resultado del análisis de Coombs directo o del autocontrol, realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión. Se puede reportar como positivo o negativo.
5. Pruebas cruzadas: registrar el resultado del análisis de las pruebas cruzadas, realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión.
6. Investigación de anticuerpos irregulares: registrar el resultado del análisis de los anticuerpos irregulares, realizado en la muestra del paciente que recibirá la transfusión

Nota: en el caso de que el resultado sea positivo, se debe reportar por cruces (+) (++) (+++) (++++).

7. Identificación del anticuerpo irregular: se registra este apartado si la investigación de anticuerpos irregulares resulta positivo, en cuyo caso se debe registrar el nombre del tipo de anticuerpo irregular identificado en el paciente que recibirá la transfusión.
8. Total de componentes sanguíneos enviados: registrar el total de componentes sanguíneos que fueron enviados al servicio del establecimiento de salud para ser transfundidos

Nota: realizar la identificación de anticuerpos irregulares, radica en la existencia de diferentes procesos de inmunización, que de alguna manera afectan o provocan la producción de anticuerpos, que ocasionan el fracaso de la terapia transfusional.

9. Observaciones: registrar las observaciones que surjan en la entrega de los componentes sanguíneos si existieran.

Nota: la terapéutica transfusional debe basarse en el estado de cada paciente, en las indicaciones de la Guía de Práctica Clínica de Transfusión de sangre y sus componentes⁽⁵⁾ y guardando en todo momento la cadena de frío y trazabilidad correspondiente.

10.8.3.2. Datos de envío de los componentes sanguíneos

1.3.-DATOS DE ENVÍO DE LOS COMPONENTES SANGÜÍNEOS							
ENVÍADO POR:	Lic. Diana Ramírez	FECHA:	12-03-201x	HORA:	21:00	FIRMA:	
TRANSPORTADO POR:	Grace Carrillo	FECHA:	12-03-201x	HORA:	21:00	FIRMA:	
RECIBIDO POR:	Lcda. Katy Olmedo	FECHA:	12-03-201x	HORA:	21:10	FIRMA:	

1. Enviado por: registrar los nombres y apellidos de la persona responsable de enviar los componentes sanguíneos hacia el servicio hospitalario que solicitó dicho componente. Se debe registrar en formato numérico la fecha, hora y firma de la persona que realizó la entrega de los componentes sanguíneos.
2. Transportado por: escribir los nombres y apellidos de la persona responsable de realizar el transporte interno de los componentes sanguíneos hacia el servicio hospitalario. Se debe registrar en formato numérico la fecha, hora y firma de la persona que realizó el transporte interno de los componentes sanguíneos.
3. Recibido por: escribir los nombres y apellidos de la persona responsable de recibir los componentes sanguíneos en el servicio hospitalario. Se debe registrar en formato numérico la fecha, hora y firma de la persona que recibió los componentes sanguíneos en el servicio hospitalario.

10.8.3.3. Seguimiento del proceso transfusional

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE																				
1.4.-SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL																				
HORA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	CÓDIGO DEL COMPONENTE SANGÜÍNEO ADMINISTRADO	VIA DE ADMINISTRACIÓN	Nº CUÉTRAL/LEJADO	TEMPERATURA (°C)		TENSION ARTERIAL (mmHg)		FRECUENCIA CARDÍACA (lat/min)		FRECUENCIA RESPIRATORIA (respir/min)		HORA DE FINALIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN	TIEMPO TOTAL DE ADMINISTRACIÓN (PTI)	REACCIÓN ADVERSA						
				ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE	DESPUÉS	ANTES	DURANTE			DESPUÉS	SI	NO				
21:30	201x000000XX	Venosa	21	36,5	36,8	39	110/80	100/80	110/80	55	56	58	20	22	20	22:00	1:30	270	X	

Este bloque corresponde exclusivamente al personal de salud que está encargado de realizar la transfusión de los componentes sanguíneos.

1. Hora de inicio de la transfusión: registrar la hora (24h00) en que inició la transfusión del componente sanguíneo.
2. Código del componente sanguíneo administrado: registrar en formato numérico el código del componente sanguíneo administrado.
3. Vía de administración: registrar la vía que se utilizó para la de infusión del componente sanguíneo (periférica o central).
4. N° de catéter: registrar el calibre del catéter utilizado para la infusión del componente sanguíneo.

Nota: la sangre y sus componentes pueden ser administrados a través de vías periféricas o catéteres centrales. El tamaño del catéter depende del tamaño e integridad del acceso venoso del paciente y deberá ser el que permita mantener el flujo adecuado sin que haya riesgo de hemólisis⁽⁵⁾. El tamaño aceptado es el N° 24.

5. Signos vitales: registrar los signos vitales del paciente/receptor antes, durante y después de transfundir un componente sanguíneo.

Nota: es esencial que el paciente sea observado antes, durante y después de la transfusión de componentes sanguíneos con el fin de detectar precozmente cualquier evento adverso asociado a la transfusión, por ello se deben verificar los signos vitales antes y en un período de 15 minutos de transcurrida la transfusión ya que en ese tiempo se producen las reacciones adversas de mayor severidad, y hasta 24 horas después para las reacciones adversas tardías.⁽⁵⁾

6. Hora de finalización de la transfusión: registrar en formato numérico la hora en que finaliza la transfusión del componente sanguíneo.
7. Tiempo total de la transfusión: registrar el tiempo total que duró la transfusión del componente sanguíneo.
8. Volumen administrado: registrar el volumen en cc del componente sanguíneo que se administró al paciente.
9. Reacción adversa a la transfusión: registrar si se presentaron o no reacciones adversas a la transfusión del componente sanguíneo.

Nota: toda reacción adversa a la transfusión debe ser registrada, notificada e investigada.

10.8.4. Sección 2: notificación de reacción adversa transfusional (RAT)

2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)											
2.1.- MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL.											
DURANTE LA TRANSFUSIÓN:		<input type="checkbox"/>	POSTTRANSFUSIÓN:	<input checked="" type="checkbox"/>	HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:		<input type="text" value="21:40"/>				
2.2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS											
JANUJANA	<input type="checkbox"/>	CONGLUTINACIÓN INTRAVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HEBRE	<input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	MALESA	<input type="checkbox"/>	TACICARDIA	<input type="checkbox"/>
CLINICOS	<input type="checkbox"/>	DOLORES LUMBARES	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/>	URTICARIA	<input type="checkbox"/>
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	EDEMA PULMONAR	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/>	SECOCONVRSIÓN	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>
2.3.- OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE											
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Nº DE GESTACIONES:	<input type="text" value="1"/>	Nº DE PARTOS:	<input type="text" value="1"/>	Nº DE ABORTOS:	<input type="text"/>
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
COMPROMISO INMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						

Esta sección se llenará exclusivamente si el paciente presenta signos y síntomas que puedan asociarse a una reacción adversa transfusional.

10.8.4.1. Momento en que se presentó la reacción adversa transfusional

1. Momento: registrar el momento en que se presentó la reacción adversa transfusional, según corresponda.
2. Hora de inicio de la reacción adversa transfusional: registrar la hora en que inició la reacción adversa a la transfusión

10.8.4.2. Signos y síntomas clínicos presentados




1. Signos y síntomas: registrar los signos y síntomas clínicos que el paciente manifieste al momento de la reacción adversa. En formato Excel se enlistan los signos y síntomas más comunes. En caso de presentarse otros, se los debe escribir.

10.8.4.3. Otros antecedentes clínicos del paciente

1. Antecedentes obstétricos: registrar si el paciente ha tenido o no, según corresponda, antecedentes obstétricos (pacientes mujeres). En caso afirmativo, registrar el número de gestaciones, número de partos y número de abortos.
2. Antecedentes quirúrgicos: registrar si el paciente ha tenido o no antecedentes quirúrgicos previos.
3. Compromiso inmunológico: registrar si el paciente ha tenido o no antecedentes de compromiso inmunológico previos o actuales.

Nota: los antecedentes clínicos facilitan la asistencia médica, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permiten el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de una persona paciente⁽²³⁾.

10.8.5. Sección 3: devolución de componentes sanguíneos al servicio de medicina transfusional

3. DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL							
COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO:	CGSE	CÓDIGO:	201XXXX				
CAUSA:	No se transfunde paciente presenta PAT en primera unidad	TEMPERATURA:	8 C	FECHA:	12-03-201x	HORA:	
DEVUELTO POR (MÉDICO RESPONSABLE):	Dra. Gladys Acuña		FIRMA:				
RECIBIDO POR:	Lic. Diana Ramirez		FIRMA:				
RESPONSABLE DE HEMODIÁLISIS:	Lic. Diana Ramirez		FIRMA:				

En esta sección se registrarán los componentes sanguíneos que son devueltos al servicio de medicina transfusional.

1. Componente sanguíneo devuelto: registrar el tipo de componente sanguíneo que fue devuelto.
2. Código: registrar en formato numérico el código del componente sanguíneo devuelto. Este dato permite realizar la trazabilidad de los componentes.
3. Causa: registrar la causa por la que el componente sanguíneo es devuelto al servicio de medicina transfusional.
4. Temperatura: registrar la temperatura del componente sanguíneo devuelto al momento de la entrega en el servicio de medicina transfusional.
5. Fecha: escribir la fecha en formato numérico en la que el componente sanguíneo es devuelto al servicio de medicina transfusional.
6. Hora: escribir la hora en formato numérico en la que el componente sanguíneo es devuelto al servicio de medicina transfusional.
7. Devuelto por: registrar los nombres y apellidos del médico responsable de autorizar la devolución del componente sanguíneo; además debe constar su firma de responsabilidad.
8. Recibido por: registrar los nombres y apellidos de la persona responsable de recibir los componentes sanguíneos; además debe constar la firma de responsabilidad.

9. Responsable de hemovigilancia: registrar los nombres y apellidos de la persona responsable de realizar hemovigilancia en el servicio de medicina transfusional ; además debe constar la firma de responsabilidad

10.8.6. Sección 4: responsables

4. RESPONSABLES		
RESPONSABLE DEL SMI: Lic. Roberto Andrade CÓDIGO PROFESIONAL: 170012XXXXXX FIRMA Y SELLO: 	RESPONSABLE DEL INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: Lcd. Katy Olmedo CÓDIGO PROFESIONAL: 170015xxxx FIRMA Y SELLO: 	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN: Dra. Gladys Acurio CÓDIGO PROFESIONAL: 170125xxxx FIRMA Y SELLO: 

En esta sección se deben registrar nombres y apellidos completos, el código profesional, firmas y sellos de los profesionales responsables del proceso transfusional, según corresponda.

Nota: recuerde que los estudiantes de pregrado de carreras médicas NO tienen responsabilidad del proceso transfusional.

Andrade


10.8.7. Sección 5: reverso



En esta sección se deberán incluir las etiquetas que identifican al componente sanguíneo transfundido y que indican la calidad del mismo.

10.9. Formulario para la investigación de reacción adversa transfusional

10.9.1. Encabezado

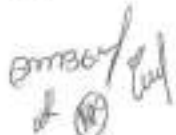
	AQUÍ LOBO DE LA INSTITUCIÓN	
SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL		
Fecha: <input type="text" value="06"/> / <input type="text" value="03"/> / <input type="text" value="2016"/>	Hora: <input type="text" value="15:00"/>	AS. <input type="text" value="1001"/>

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en esta solicitud registrar adicionalmente el unicódigo
2. Fecha: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa la fecha en la que se llena el formulario.
3. Hora: registrar en formato numérico la hora en la que se llena el formulario Fecha: escribir la fecha en la que se llena el formulario en formato numérico.

10.9.2. Identificación del receptor

1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR			
NOMBRES Y APELLIDOS:	Ximena Araujo Cobos	Nº DE SOLICITUD:	50
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD:	<input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE:	<input type="checkbox"/>
		HISTORIA CLÍNICA:	<input type="checkbox"/>
		FORMULARIO DE EMERGENCIA:	<input type="checkbox"/>
FECHA DE TRANSFUSIÓN:	13-03-201X	Nº DE IDENTIFICACIÓN:	17080000000000000000
		FECHA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA:	13-03-201X
		HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA:	22:00
		PRIORIDAD DE LA TRANSFUSIÓN:	Urgencia

Este bloque corresponde a datos generales del receptor.

Embrey


1. Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos completos del paciente al cual se va a realizar la investigación.
2. N° de solicitud: registrar el N° de solicitud asignado a la solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos.
3. Documento de identificación: registrar el documento de identificación del paciente. En formato Excel se elige un documento de los enlistados.
4. N° de identificación: registrar el N° del documento de identidad del paciente.
5. Fecha de transfusión: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa la fecha en la que se realizó la transfusión del componente sanguíneo.
6. Prioridad de la transfusión: registrar la prioridad con la solicitud del componente sanguíneo.
7. Fecha: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa la fecha en la que se presentó la reacción adversa a la transfusión.
8. Hora: registrar en formato numérico la hora en que la se presentó la reacción adversa a la transfusión.

10.9.3. Investigación.

EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN:		SI	NO	VIA DE ADMINISTRACIÓN:	PERIFÉRICA:	CENTRAL:
			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATÉTER Nº:	21	COMPONENTE SANGÜÍNEO RELACIONADO:	CGRE	CÓDIGO:	201XXXXXX	
GRUPO ABO/RH:	O+	FECHA DE CADUCIDAD:	27-04/201X	VOLUMEN ADMINISTRADO:	270	
FLUIDOS CONCOMITANTES:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:		
MEDICAMENTOS CONCOMITANTES:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:		
ENVÍO BOLSA DE COMPONENTE:	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	MUESTRAS SANGÜÍNEAS ENVIADAS:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
RETRANSFUSIONAL:	<input checked="" type="checkbox"/>	POSTRANSFUSIONAL:	<input checked="" type="checkbox"/>			
SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS MANIFESTADOS						
Fiebre						
TRATAMIENTO MÉDICO IMPLEMENTADO (contiene terapia y medicamentos administrados)						
Paracetamol						

1. Equipo de administración: marcar con una X SI o NO según corresponda a si el componente sanguíneo enviado tiene su respectivo equipo para su administración.
2. Vía de administración: registrar según corresponda la vía utilizada (periférica o central) para la administración del componente sanguíneo.
3. N° de catéter: registrar el número del catéter utilizado para la infusión del componente sanguíneo.

4. Componente sanguíneo relacionado: registrar el nombre del componente sanguíneo involucrado en la aparición de la reacción adversa transfusional.
5. Código: registrar en formato numérico el código de identificación única del componente sanguíneo involucrado en la reacción adversa transfusional.
6. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del componente sanguíneo involucrado en la reacción adversa transfusional.
7. Fecha de caducidad: registrar la fecha de caducidad del componente sanguíneo transfundido involucrado en la reacción adversa transfusional.
8. Volumen administrado: registrar el volumen en cc, del componente sanguíneo infundido e involucrado en la reacción adversa transfusional.
9. Fluidos concomitantes: registrar SI o NO según se hayan colocado o no fluidos concomitantes con la transfusión. En caso de registrar SI, se debe registrar el nombre del fluido utilizado.

Nota: no se debe administrar simultáneamente con la transfusión las siguientes soluciones: electrolitos como el Lactato de Ringer y soluciones coloides que contengan calcio porque provoca coagulación en la vía de infusión; carbohidratos (dextrosa) 5% o soluciones hipotónicas de Sodio (NA) porque provocan hemólisis.⁽⁶⁾

10. Medicamentos concomitantes: registrar SI o NO según se hayan administrado o no medicamentos concomitantes con la transfusión. En caso de registrar SI, se debe registrar el nombre del medicamento utilizado.

Embony
A (B) 100
Lil

Nota: no se debe administrar medicamentos con la transfusión. El paciente NO debe recibir medicación mientras recibe una transfusión de componentes sanguíneos, salvo una situación crítica que resulte imprescindible la utilización de la misma. Los medicamentos nunca deben ser agregados a la bolsa del componente, ni a la vía de la misma porque es impredecible su efecto sobre el componente, si ocurriera una reacción adversa sería difícil discriminar la causa de la misma y si la transfusión fuera suspendida por alguna razón, no sería posible calcular la dosis de droga que ha recibido el paciente.⁽⁵⁾

11. Envío de la bolsa del componente sanguíneo: registrar SI o NO según el servicio hospitalario haya o no enviado al servicio de medicina transfusional la bolsa del componente sanguíneos involucrado en la reacción adversa transfusional.
12. Muestras sanguíneas enviadas: registrar SI o NO según el servicio hospitalario envió al servicio de medicina transfusional muestras sanguíneas del paciente que presentó la reacción adversa a la transfusión. Es preciso identificar y registrar si las muestras enviadas corresponden a muestras tomadas antes o después de la transfusión del componente.
13. Signos y síntomas clínicos manifestados: registrar los signos y síntomas clínicos que el paciente haya manifestado al momento de presentar la reacción adversa.
14. Tratamiento médico implementado (conducta tomada y medicamentos administrados): registrar la conducta tomada y los medicamentos administrados al paciente para controlar la reacción adversa presentada

10.9.4. Análisis laboratorial a los componentes sanguíneos y muestras del paciente

ANÁLISIS LABORATORIAL A LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y MUESTRAS DEL PACIENTE			
COMPONENTE SANGUÍNEO		MUESTRAS SANGUÍNEAS DEL PACIENTE	
EXAMEN REALIZADO AL COMPONENTE SANGUÍNEO	RESULTADOS		RESULTADOS
	PRE-TRANSFUSIÓN	POSTTRANSFUSIÓN	
ABO/RH	O +	O+	O+
ANTICUERPOS IRREGULARES	Neg	Neg	Neg
COOMBS DIRECTO	Neg	Neg	Neg
PRUEBAS CRUZADAS			Compatible

1. Componente sanguíneo

Resultados; registrar los resultados obtenidos en los análisis del componente sanguíneo antes y después de la transfusión de:

 - ABO/Rh
 - Anticuerpos irregulares
 - Coombs directo
 - Pruebas cruzadas
2. Muestras sanguíneas

Resultados; registrar los resultados obtenidos en los análisis de la muestra del paciente antes y después de la transfusión de:

 - ABO/Rh,
 - Anticuerpos irregulares,
 - Coombs directo

Amador
de *(signature)* *Enf*

10.9.5. Exámenes de laboratorio complementarios

EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS		
EMO		
SI NO OBSERVACIONES:		
<p>* ¿EN LA SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN CONSTAN LOS DATOS NECESARIOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>* ¿LAS MUESTRAS SANGUÍNEAS PRETRANSFUSIONALES SE RECIBIERON EN CONDICIONES ADECUADAS?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>* ¿SE EFECTUARON LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD COMPLETAS?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>* ¿EL COMPONENTE SANGUÍNEO CUMPLIÓ CON EL PROTOCOLO DE TRANSPORTE?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>* ¿EL COMPONENTE SANGUÍNEO SELECCIONADO SE CONSERVÓ A LA TEMPERATURA ADECUADA HASTA LA ADMINISTRACIÓN AL PACIENTE/RECEPTOR?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>* ¿EL COMPONENTE SANGUÍNEO FUE TRANSFUNDIDO SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL SE SUSCITÓ EN EL HORARIO:	LUNES A VIERNES:	MAÑANA:
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FIN DE SEMANA:	TARDE:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FERiado:	NOCHE:
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Registrar en este apartado los resultados de otros análisis que disponga el paciente o se hayan realizado para complementar la investigación de la reacción adversa transfusional.

10.9.6. Otros datos

1. Registrar SI o NO según corresponda, a las interrogantes que pretenden aportar otros datos del proceso transfusional, para la investigación de la reacción adversa.

10.9.7. Identificación de la reacción adversa transfusional (RAT)

3. IDENTIFICACIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA	
CUASI EVENTO:	<input type="checkbox"/>
EVENTO ADVERSO:	<input type="checkbox"/>
EVENTO CENTINELA:	<input type="checkbox"/>
REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL:	<input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:	
<hr/> <hr/> <hr/>	

1. Identificación: registrar según corresponda el tipo de reacción adversa y detallar sus observaciones. (24)

- **Cuasi evento:** es un incidente que no alcanza al paciente (ejemplo: se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).
- **Evento adverso:** es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y por esa causa el paciente tiene una reacción hemolítica).
- **Evento centinela:** es un incidente que ha derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. (Ejemplo: se infunde la unidad de sangre errónea y se produce una reacción hemolítica por la cual el paciente muere).
- **Reacción adversa:** es un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado. (Ejemplo: se infunde una unidad de sangre y el paciente sufre una reacción hemolítica, que no se esperaba).



 [Handwritten signature and initials]

2. Registrar según se haya identificado la reacción adversa corresponde a una inmediata o a una tardía.
3. Registrar según su presentación clínica permita definirla como una de las enlistadas más frecuentes. En caso de presentarse otras, es preciso identificarlas y denominarlas.

10.9.8. Gravedad e imputabilidad, conclusiones y acciones correctivas a implementar

4. GRAVEDAD E IMPUTABILIDAD, CONCLUSIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR

En este apartado se registran la gravedad y la imputabilidad de la investigación de la reacción adversa transfusional, así como las conclusiones y acciones correctivas que se generen durante este proceso.

Nota: la gravedad de las reacciones transfusionales se expresa con arreglo a la siguiente escala de grados de gravedad:

- Grado 1 (no grave): el receptor puede haber requerido de la intervención médica (por ejemplo tratamiento sintomático), pero la falta de esta intervención no daría lugar a un daño permanente o deterioro de la función del cuerpo.
- Grado 2 (severa): el receptor requiere de hospitalización o prolongación de la misma directamente atribuibles al evento; y / o:
 - El evento adverso tiene como resultado la incapacidad persistente o significativa; o,
 - El evento adverso provoca una intervención médica o quirúrgica necesaria para impedir un daño permanente o pérdida de una función del cuerpo.
- Grado 3 (potencialmente mortales): el receptor requiere intervención importante después

de la transfusión (vasopresores, intubación, traslado a cuidados intensivos) para prevenir la muerte.

- Grado 4 (Muerte): el receptor murió después de una reacción adversa a la transfusión.⁽²⁵⁾

Imputabilidad es la probabilidad de que una reacción en el paciente pueda atribuirse a la transfusión de un determinado componente sanguíneo. Debe establecerse el grado de relación existente entre el efecto adverso observado y el componente transfundido.⁽²⁶⁾

- Definido (determinado): cuando existe una evidencia concluyente de toda duda razonable de que el evento adverso se puede atribuir a la transfusión
- Probable (probable): cuando la evidencia está claramente a favor de atribuir el evento adverso a la transfusión
- Posible: cuando las pruebas no permiten atribuir el efecto adverso de la transfusión a una causa alternativa
- Improbable (dudoso): cuando la evidencia está claramente a favor de atribuir el evento adverso a causas distintas de la transfusión⁽²⁵⁾

Excluidos: cuando existe una evidencia concluyente de toda duda razonable de que el evento adverso puede atribuirse a causas distintas de transfusión. Sólo los casos posibles, probables y definitivos deben ser utilizados para las comparaciones internacionales

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema. Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño o la probabilidad de daño asociado a un incidente. Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzadas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan.⁽²⁴⁾

omof


10.9.9. Responsable de la investigación

5. RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: _____	
CÓDIGO PROFESIONAL: _____	FIRMA Y SELLO: _____
1702XXXXX	

En esta sección se debe registrar los nombres y apellidos completos, la firma, código profesional y sello del profesional responsable de realizar la investigación de la reacción adversa transfusional.

10.10. Registro de ingreso de componentes sanguíneos

10.10.1. Encabezado

		
Ministerio de Salud Pública	LOGO LOGO DE LA INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE INGRESO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo.

10.10.2. Registro de ingreso de componentes sanguíneos

REGISTRO DE INGRESO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS												
FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)	HORA DE INGRESO (hh:mm)	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	RE CHEQUEO DE GRUPO ABO/ RH	CÓDIGO	FECHA DE EXTRACCIÓN dd/mm/aaaa	FRONDA DE CADUCIDAD (d/m/a)	T°	PROVENENCIA DEL COMPONENTE SANGUÍNEO	Nº DE FOLIO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE (Nombre y Apellido)
25/05/2016	12:12	GRFE	0+	0+	Z100000X	12/05/2016	23/05/2016	6°C	Hemocentro Quito	1240X		Lcd. Diana Ramirez

1. Fecha de ingreso: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en que el componente sanguíneo ingresa al servicio de medicina transfusional.
2. Hora de ingreso: escribir en formato numérico hh:mm, la hora en la que el componente sanguíneo ingresa al servicio de medicina transfusional.
3. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del componente sanguíneo que ingresa al servicio de medicina transfusional. En lugar del nombre completo se puede utilizar su sigla.
4. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo sanguíneo del componente que ingresa al servicio de medicina transfusional.
5. Re chequeo de grupo ABO/Rh: registrar el resultado del análisis de tipificación sanguínea realizado al componente sanguíneo en el servicio de medicina transfusional, para asegurar que el componente sanguíneo recibido corresponda al grupo ABO/Rh que la etiqueta señala.
6. Código: registrar el código de identificación única del componente sanguíneo.
7. Fecha de extracción: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de extracción del componente sanguíneo y que consta en la etiqueta adherida a la bolsa del componente sanguíneo.
8. Fecha de caducidad: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de caducidad del componente sanguíneo y que consta en la etiqueta adherida a la bolsa del componente sanguíneo.
9. Temperatura (T°): registrar la temperatura del componente sanguíneo con la que ingresa al servicio de medicina transfusional.
10. Procedencia del componente sanguíneo: registrar el nombre del servicio de donde procede el componente sanguíneo.

Amor
de
Cal

11. N° de folio: registrar el N° de folio o expediente con el que el componente sanguíneo fue despachado desde el servicio de procedencia e ingresa al servicio de medicina transfusional.
12. Observaciones: registrar las observaciones que se tengan del componente sanguíneo que ingresa, sobre todo si existe una discrepancia por ejemplo. Roto, fechas no coinciden, con coágulos, devuelto, etc.
13. Responsable: registrar los nombres y apellidos del responsable de recibir y registrar los componentes sanguíneos.





10.11. Registro de devolución de componentes sanguíneos

10.11.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	AQUÍ LOGO DE LA INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVIDOR DE SANGRE PROVEEDOR	 Donor sangre
--	-----------------------------	--	--

Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo

10.11.2. Registro de devolución de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor.

REGISTRO DE DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVIDOR DE SANGRE PROVEEDOR							sangre		
FECHA DE RECEPCIÓN [dd/mm/aaaa]	HORA DE RECEPCIÓN [hh/mm]	FECHA DE DEVOLUCIÓN [dd/mm/aaaa]	HORA DE DEVOLUCIÓN [hh/mm]	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO	Nº DE FOLIO	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaa	CAUSA DE DEVOLUCIÓN
25/05/20xx	14:00	25/05/20xx	15:00	C.GRE	O+	210xxxxxx	124xx	23/06/21xx	Presencia de Coágulos
REVISOR POR:									
NOMBRE: Lic. Diana Ramirez CARGO: Laboratorista FIRMA:  SELLO: 									
NOMBRE: Lic. Amparo Peralta CARGO: Laboratorista FIRMA:  SELLO: 									

1. Fecha de recepción: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en la que el componente sanguíneo fue recibido en el servicio de medicina transfusional.

omboni


2. Hora de recepción: registrar en formato numérico hh:mm, la hora en la que el componente sanguíneo fue recibido en el servicio de medicina transfusional.
3. Fecha de devolución: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en la que el componente sanguíneo es devuelto al servicio de sangre proveedor.
4. Hora de devolución: registrar en formato numérico hh:mm, la hora en la que el componente sanguíneo fue devuelto desde el servicio de medicina transfusional al servicio de sangre proveedor.
5. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del componente sanguíneo que se devuelve al servicio de sangre proveedor.
6. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh sanguíneo del componente que es devuelto al servicio de sangre proveedor.
7. Código: registrar el código único de identificación del componente sanguíneo.
8. N° de folio: registrar el N° de folio o expediente con el que el componente sanguíneo fue despachado desde el servicio de sangre proveedor.
9. Fecha de caducidad: escribir en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de caducidad del componente sanguíneo y que consta en la etiqueta adherida a la bolsa del componente sanguíneo.
10. Causa de devolución: registrar la causa por la que el componente sanguíneo es devuelto al servicio de sangre proveedor. Es necesario que se identifique a las personas que intervienen en el proceso de devolución de los componentes sanguíneos.
11. Devuelto por:
 - Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos del responsable del servicio que realiza la devolución.
 - Cargo: registrar el cargo del responsable del servicio que realiza la devolución, en la entidad que devuelve el componente sanguíneo.
 - Firma y sello: registrar la firma y sello del responsable de realizar la devolución del componente sanguíneo.
12. Recibido por:
 - Nombres y apellidos: registrar los nombres y apellidos del responsable del servicio que recibe la devolución.
 - Cargo: registrar el cargo del responsable del servicio que recibe la devolución, en la entidad que recibe el componente sanguíneo.
 - Firma y sello: registrar la firma y sello del responsable de realizar la recepción de los componentes sanguíneos devueltos.

10.12. Registro de modificación de componentes sanguíneos

10.12.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Perú	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE SISTEMA NACIONAL DE SANGRE REGISTRO DE MODIFICACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA MODIFICACIÓN (Nombre y Apellido) Lic. Amparo Ruelas
--	--	--

Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en esta solicitud registrar adicionalmente el unicódigo

10.12.2. Registro de modificación de componentes sanguíneos

REGISTRO DE MODIFICACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS											
FECHA dd/mm/aaaa	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO A MODIFICAR	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO PRIMARIO	FECHA DE ENTRADA dd/mm/aaaa	FECHA DE CALIDAD dd/mm/aaaa	VOLUMEN INICIAL (cc)	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZARSE	NO. DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CONTENIDOS	CÓDIGO SECUNDARIO	VOLUMEN SECUNDARIO (cc)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA MODIFICACIÓN (Nombre y Apellido)
28/05/20xx	CSRL	B+	215xxxxxx	23/05/20xx	11/07/20xx	200	Alfudías	1	215xxxx	65	Lic. Amparo Ruelas

Amparo Ruelas


1. Fecha: registrar en formato numérico la fecha en la que el componente sanguíneo es tomado para ser modificado, ejm. alicuota.
2. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
3. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
4. Código primario: escribir el código único del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
5. Fecha de extracción: registrar la fecha de extracción del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
6. Fecha de caducidad: registrar la fecha de caducidad del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
7. Volumen inicial: registrar el volumen inicial en centímetros cúbicos (cc) del componente sanguíneo que es tomado para ser modificado.
8. Nombre del procedimiento a realizarse: registrar el nombre del procedimiento en el cual se modificará el componente sanguíneo, ejemplo: Alicuota, reconstitución.
9. N° de componentes sanguíneos obtenidos: registrar la cantidad de componentes que se obtuvieron a partir de la modificación del o los componentes sanguíneos iniciales.
10. Código secundario: asignar y registrar un código secundario para cada componente que resulte de la modificación, respetando la codificación primaria.
11. Volumen secundario (cc): registrar el volumen secundario en centímetros cúbicos (cc), obtenidos luego de la modificación del componente sanguíneo.
12. Nombre del responsable de la modificación: registrar los nombres y apellidos completos del responsable que realizó la modificación del o los componentes sanguíneos.

10.13. Registro de pruebas de compatibilidad y despacho de componentes sanguíneos

10.13.1. Encabezado

1. Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo

10.13.2. Datos del receptor

1. Fecha: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en la que se realizan las pruebas de compatibilidad sanguínea.
2. Hora: registrar en formato numérico hh:mm, la hora en la que se realizan las pruebas de compatibilidad sanguínea.
3. Apellidos y nombres del receptor: registrar los nombres y apellidos completos del paciente que recibirá la transfusión.
4. N° de identificación: registrar el número del documento de identificación del paciente que recibirá la transfusión (historia clínica, cédula de identidad, pasaporte o formulario de emergencia 008).
5. Servicio: registrar el nombre del servicio hospitalario donde está internado el paciente que recibirá la transfusión.
6. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo sanguíneo ABO/Rh del paciente que recibirá la transfusión.

10.13.3. Datos del componente sanguíneo

1. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del componente sanguíneo que se utiliza para compatibilizar.

REGISTRO DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA Y DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS								
DATOS DEL RECEPTOR			DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO					
FECHA dd/mm/aaaa	HORA (hh:mm)	APELLIDOS Y NOMBRES DEL RECEPTOR	Nº DE IDENTIFICACIÓN RECEPTOR	SERVICIO	GRUPO ABO/ RH	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO
11/05/21xx	14:00	Dora Reina Corsa	17000xxxxx	Pediatría	0+	CGRE	0+	201xxxxxx

2. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del componente sanguíneo que se utiliza para compatibilizar.
3. Código: registrar el código único del componente sanguíneo que se utiliza para compatibilizar.

0mm36
de [signature]

10.13.4. Pruebas realizadas

TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA		ANÁLISIS REALIZADOS					OBSERVACIONES
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES			PRUEBA CRUZADA	COOMBS DIRECTO/AUTOCONTROL	
DIRECTA	INVERSA	I	II	III			
0	0	Neg	Neg	Neg	Compatible	Neg	

1. Tipificación directa: registrar el resultado de la tipificación sanguínea directa e indirecta realizada a la muestra del paciente que recibirá la transfusión.
2. Rastreo de anticuerpos irregulares: registrar el resultado del análisis de investigación de anticuerpos irregulares.
3. Prueba cruzada: registrar el resultado del análisis de prueba cruzada.
4. Coombs directo/ autocontrol; registrar el resultado del análisis de Coombs directo o el autocontrol.
5. Otras pruebas: registrar el nombre y resultado del análisis de otras pruebas realizadas.
6. Observaciones: registrar las observaciones que se presenten en el proceso de compatibilización.

10.13.5. Despacho de componentes sanguíneos

DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS										
PRIORIDAD DEL DESPACHO				FECHA DE CADUCIDAD DEL COMPONENTE SANGUÍNEO	COMPONENTE SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO		DEVOLUCIÓN DEL COMPONENTE SANGUÍNEO		CAUSA DE DEVOLUCIÓN	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos)
EMER 5 min	URG 15 min	RUT 45 min	AUS		SI	NO	SI	NO		
		x		21/06/2100	x					Lic Amparo Ruales

1. Prioridad del despacho: registrar según corresponda la prioridad con la que el componente sanguíneo fue solicitado y entregado.
2. Fecha de caducidad: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de caducidad del componente sanguíneo entregado.
3. Componente sanguíneo transfundido: registrar SI o NO según corresponda, si el componente sanguíneo entregado fue transfundido o no.
4. Devolución del componente sanguíneo: registrar SI o NO según corresponda, si el componente sanguíneo fue devuelto sin transfundir o no.
5. Causa de devolución: registrar la causa de la devolución, en caso de que el componente sanguíneo haya sido devuelto.
6. Responsable: registrar los nombres y apellidos completos del responsable de realizar las pruebas de compatibilidad.

0148-2016

(Handwritten signature)

10.14. Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud

10.14.1. Encabezado

<p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>AQUÍ LOGO DE LA INSTITUCIÓN</p>	<p>Sistema Nacional de Sangre</p>
<p>PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE</p> <p>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO</p> <p>REGISTRO DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS HACIA OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p>		

Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo

10.14.2. Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud.

REGISTRO DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS HACIA OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD							sangre		
FECHA DE ENVÍO dd/mm/aaaa	HORA DE ENVÍO (hh:mm)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE SOLICITA EL COMPONENTE SANGUÍNEO	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	FECHA DE EXTRACCIÓN dd/mm/aaaa	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	TM DE ENVÍO	OBSERVACIONES
10/02/20xx	0:00	SMT Hospital Baza Ortiz	CP	0	201xxxxxxxx	08/02/201x	12/02/201x	22°C	
<p>DESPACHADO POR:</p> <p>NOMBRE: <u>Lic. Amparo Reascos</u> NOMBRE: <u>Lic. Carla Andrad</u></p> <p>CARGO: <u>Laboratorista</u> CARGO: <u>Laboratorista</u></p> <p>FIRMA: <u>[Firma]</u> FIRMA: <u>[Firma]</u></p> <p>SELLO: <u>[Sello]</u> SELLO: <u>[Sello]</u></p>									

0148-2016

1. Fecha de envío: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha en la que el servicio de sangre de un establecimiento de salud envía el o los componentes sanguíneos a otro servicio de sangre, en otro establecimiento de salud.
2. Hora de envío: registra en formato numérico hh:mm, la hora en el que el servicio de sangre de un establecimiento de salud envía el o los componentes sanguíneos al otro servicio de sangre, en otro establecimiento de salud.
3. Establecimiento de salud que solicita el componente sanguíneo: registrar el nombre del establecimiento de salud que solicita el o los componentes sanguíneos.
4. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del o los componentes sanguíneos que se envían a otro establecimiento de salud.
5. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh de cada componente sanguíneo que se envía a otro establecimiento de salud.
6. Código: registrar en formato numérico el código único del componente sanguíneo que se envía a otro establecimiento de salud.
7. Fecha de extracción: registrar en formato numérico dd/mm/aaa, la fecha de extracción del componente sanguíneo que se envía a otro establecimiento de salud.
8. Fecha de caducidad: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de caducidad del componente sanguíneo que se envía a otro establecimiento de salud.
9. Temperatura (T°): registrar la temperatura de los componentes sanguíneos con la que se envían desde el establecimiento de salud.
10. Observaciones: registrar cualquier observación que exista en el envío de los componentes sanguíneos.

Al pie de página:

11. Despachado por: registrar los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del responsable del servicio de sangre en el establecimiento que envía los componentes sanguíneos.
12. Recibí conforme: registrar los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del responsable del servicio de sangre en el establecimiento que recibe los componentes sanguíneos.

10.15. Registro de intercambio de componentes sanguíneos

10.16.

10.16.1. Encabezado





 Ministerio de Salud Pública	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UBICACIÓN: REGISTRO DE INTERCAMBIO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	 Dono sangre
--	--	---

Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo

10.16.2. Registro de intercambio de componentes sanguíneos

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL SOLICITANTE								
FECHA dd/mm/aaaa	HORA (hh:mm)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE SOLICITA EL INTERCAMBIO DEL COMPONENTE SANGUÍNEO	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/ RH	CÓDIGO	FECHA DE EXTRACCIÓN dd/mm/aaaa	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	Tº DE ENVÍO
12/02/201x	12:00	SMT del Hospital Eugenio	CGRE	O-	201xxxxxx	2/01/2011	2/02/2011	6°C

RECIBÍ CONFORME:





NOMBRE: <u>Lcd. Nelly Rojas</u> CARGO: <u>Laboratorista</u> FIRMA:  SELLO: 	NOMBRE: <u>Rosa Paca</u> CARGO: <u>Laboratorista</u> FIRMA:  SELLO: 
--	---

10.16.3. Servicio de medicina transfusional solicitante

1. Fecha: escribir la fecha en la que se va a realizar el intercambio de componentes sanguíneos (servicio de medicina transfusional solicitante).
2. Hora: escribir la hora (formato de 24 horas), en la que se va a enviar el componente sanguíneo (servicio de medicina transfusional solicitante).
3. Establecimiento de salud que solicita el intercambio del componente sanguíneo: escribir el nombre del establecimiento de salud que solicita el intercambio de componentes sanguíneos.
4. Tipo de componente sanguíneo: escribir el nombre del componente sanguíneo que se va a enviar, o se puede usar su sigla de identificación.
5. Grupo ABO/Rh: escribir el grupo ABO/RH del componente sanguíneo a enviarse.
6. Código: escribir el código de identificación del componente sanguíneo a enviarse.
7. Fecha de extracción: escribir la fecha de extracción del componente sanguíneo a enviarse (en formato numérico).
8. Fecha de caducidad: escribir la fecha de caducidad del componente sanguíneo a enviarse (en formato numérico).
9. Temperatura (T°) de envío: escribir la temperatura a la que se envía el componente sanguíneo.
10. Al pie de página servicio de medicina transfusional solicitante:
 - Despachado por: escribir los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del técnico responsable de enviar los componentes sanguíneos.
 - Recibí conforme: escribir los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del técnico responsable de recibir los componentes sanguíneos.

10.16.4. Servicio de medicina transfusional suministrador

SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL SUMINISTRADOR									
FECHA DE CAMBIO dd/mm/aaaa	HORA (hh:mm)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CAMBIA EL COMPONENTE SANGUINEO	TIPO DE COMPONENTE SANGUINEO	GRUPO ABO/RH	CÓDIGO	FECHA DE EXTRACCIÓN dd/mm/aaaa	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	Tº DE ENVÍO	OBSERVACIONES
2/02/2011	13:00	SMT Hospital Baca Ortiz	CGRE	O+	201XXXXX	28/01/2011	02/03/2011	6°C	

DESPECHADO POR:	RECIBI CONFORME:
NOMBRE: <u>Andrés Oñate</u>	NOMBRE: <u>Lcd. Angela Toala</u>
CARGO: <u>Laboratorista</u>	CARGO: <u>Laboratorista</u>
FIRMA: 	FIRMA: 
SELLO: 	SELLO: 

1. Fecha: escribir la fecha en la que el componente sanguíneo va a ser cambiado (servicio de medicina transfusional suministrador).
2. Hora: escribir la hora (formato de 24 horas), en la que se va a enviar el componente sanguíneo (servicio de medicina transfusional suministrador).
3. Establecimiento de salud que cambia el componente sanguíneo: escribir el nombre del establecimiento de salud que cambia el componente sanguíneo (servicio de medicina transfusional suministrador).
4. Tipo de componente sanguíneo: escribir el nombre del componente sanguíneo que se va a enviar, o se puede usar su sigla de identificación.
5. Grupo ABO/Rh: escribir el grupo ABO/RH del componente sanguíneo a enviarse.
6. Código: escribir el código de identificación del componente sanguíneo a enviarse.
7. Fecha de extracción: escribir la fecha de extracción del componente sanguíneo a enviarse (en formato numérico).
8. Fecha de caducidad: escribir la fecha de caducidad del componente sanguíneo a enviarse (en formato numérico).
9. Tº de envío: escribir la temperatura a la que se envía el componente sanguíneo.
10. Observaciones: escribir si existieran las observaciones surgidas.
11. Al pie de página servicio de medicina transfusional suministrador:

- Despachado por: escribir los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del técnico responsable de enviar los componentes sanguíneos.

Recibí conforme: escribir los nombres y los apellidos completos, cargo, firma y sello del técnico responsable de recibir los componentes sanguíneos.

10.17. Registro de descarte de componentes sanguíneos

10.17.1. Encabezado

 Ministerio de Salud Pública	AQUÍ LOGO INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO REGISTRO DE DESCARTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.	 Dona sangre
---------------------------------	-----------------------	---	-----------------

Para el llenado del encabezado de este registro, la institución que hace uso del mismo, debe ajustarse a lo dictado en las disposiciones generales de este instructivo y en este documento registrar adicionalmente el unicódigo

10.17.2. Registro de descarte de componentes sanguíneos

REGISTRO DE DESCARTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.							
FECHA dd/mm/aaaa	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaa	CAUSA DE DESCARTE	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL DESCARTE (Nombres y Apellidos)	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL SMT (Nombres y Apellidos, Firma y sello)
03/12/20xx	CP	O+	201XXXXXX	02/12/20xx	Caducado	Lcd. Ana Bermeo	Lcd. Carmen Orbe

Orbe

1. Fecha: registrar en formato numérico la fecha en la que se procede al descarte del componente sanguíneo.
2. Tipo de componente sanguíneo: registrar el nombre del componente sanguíneo que se va a descartar.
3. Grupo ABO/Rh: registrar el grupo ABO/Rh del componente sanguíneo que va a ser descartado.
4. Código: registrar el código único de identificación del componente sanguíneo que va a ser descartado.
5. Fecha de caducidad: registrar en formato numérico dd/mm/aaaa, la fecha de caducidad del componente sanguíneo que será descartado.
6. Causa de descarte: registrar la causa del descarte del componente sanguíneo.
7. Responsable: registrar los nombres y apellidos completos del responsable de realizar el descarte del componente sanguíneo.
8. Responsable del servicio de medicina transfusional: registrar los nombres y apellidos completos del responsable del servicio de medicina transfusional quien autoriza o valida el descarte del componente sanguíneo.
9. Firma y sello: registrar la firma y sello del responsable del servicio de medicina transfusional quien autoriza o valida el descarte del componente sanguíneo.

Nota: todos los descartes deben estar acompañados de un acta de descarte elaborada en el servicio de medicina transfusional, antes del envío al destino final de los mismos, y luego de la comprobación física de la existencia del componente o de la bolsa vacía a ser descartado

10.18. Registros de temperatura de los equipos que almacenan a los componentes sanguíneos

INSTITUTO VENEZOLANO DE HEMATOLOGÍA
 PROGRAMA NACIONAL DE TRANSFUSIONES
 Unidad de Hematología y Hematología Clínica
 Instituto de Hematología del Hospital General

No. de Equipo	Temperatura (°C)		Observaciones
	Inicio	Fin	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Handwritten signature and initials

Existen 8 registros para el registro de temperatura de los equipos de un servicio de medicina transfusional, lo que tienen información común en su llenado:

1. Mes y año del reporte: registrar el mes y año en que se realiza el registro de temperatura de los distintos equipos.
2. Marca y año del equipo: registrar la marca y año de fabricación del equipo del cual se mide y registra la temperatura
3. N° de serie: registrar el número de serie del equipo del cual se mide y registra la temperatura.
4. Responsable: registrar el nombre y apellido del responsable de medir y registrar la temperatura del equipo.
5. Hora: registrar en formato numérico hh:mm, la hora en que se midió y registró la temperatura del equipo.

Nota: la gestión de calidad exige que se mantenga un registro de los equipos en los que se conserva la sangre y componentes sanguíneos, y el registrador gráfico constituye un medio sencillo de cumplir esta función. Los refrigeradores y congeladores de componentes e incubadoras de plaquetas tendrán un sistema para el seguimiento continuo de la temperatura y su registro cada 6 horas. La temperatura ambiental en las áreas de almacenamiento abierto deberá ser registrada cada 6 horas.⁽⁷⁾

6. Día: registrar en el día del mes en el que se mide y registra la temperatura del equipo.
7. Temperatura: registrar el valor de la temperatura del equipo que se evidencia al momento de la medición (se prefiere color azul).
8. Gráfica: graficar mediante una curva los puntos que resultan de cada medición de la temperatura del equipo (se prefiere color rojo).

11. Abreviaturas:

Anti-HBc:	Anticuerpos frente al virus de la hepatitis B.
BS:	Banco de sangre
CC:	Centro de colecta
CCD:	Centro de colecta y distribución
CI:	Cédula de identidad
CGRE:	Concentrado de glóbulos rojos estándar.
CGRL	Concentrado de glóbulos rojos leucorreducidos
CGRSCLp	Concentrado de glóbulos rojos sin capa leucoplaquetaria
CGRPE	Concentrado de glóbulos rojos pediátrico estándar.
CGRPL	Concentrado de glóbulos rojos pediátrico leucorreducidos.
CGRPSCLp	Concentrado de glóbulos rojos pediátrico sin capa leucoplaquetaria.
CGRI	Concentrado de glóbulos rojos irradiados.
CP	Concentrado plaquetario
CPA	Concentrado plaquetario por aféresis
CRIO	Crioprecipitado
CRE:	Cruz Roja Ecuatoriana.
ELISA:	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas).
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FSDS:	Formulario de selección del donante de sangre
FTA-ABS:	Fluorescent-Treponemal antibody absorbed (prueba de adsorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes).
H:	Hemocentro
HBsAg:	Antígeno de superficie de la hepatitis B, también conocido como antígeno Australia.
HBc IgM:	Anticore IgM.
HBc IgG:	Anticore IgG.
HTLV I-II:	Virus linfotrópico humano de células T.
IFI:	Inmunofluorescencia indirecta.
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ISSFA:	Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas.
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.
MHA-Tp:	Micro Hemagglutination Assay for antibodies to Treponema pallidum.
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NAT:	Amplificación de ácidos nucleicos.
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PFC:	Plasma fresco congelado.
PNS:	Programa Nacional de Sangre
PR:	Plasma refrigerado.
RAD:	Reacción adversa a la donación
RANMDSSRC:	Registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.
RAT:	Reacción adversa transfusional
Rh:	Factor <i>rhesus</i>

RMASCPSCS:	Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos
RPIS:	Red Pública Integral de Salud
RPC:	Red Privada Complementaria
SENLADES:	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SMT:	Servicio de Medicina Transfusional
SOLCA:	Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer.
SR:	Sangre reconstituida.
SS:	Servicio de Sangre
ST:	Sangre total
UM.CS:	Unidad móvil de colecta de sangre
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana.

12. Referencias

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tipología Sustitutiva para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicios de Apoyo del Sistema Nacional de Salud. 2014; MSP. Acuerdo Ministerial 00005212, 24 de diciembre de 2014.
2. República del Ecuador; Asamblea Nacional República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Quito D.M.; 2008. Registro Oficial 449, (20-10-2008).
3. República del Ecuador. Ley Orgánica de la Salud. 2006. Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423, (22-12-2006).
4. Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial 457, (30-10-2008). 2008. Quito.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Dirección Nacional de Normatización; Programa Nacional de Sangre. Transfusión de Sangre y sus Componentes. Guía de Práctica Clínica. Primera ed. Normatización DN, editor. Quito; 2013; MSP.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Dirección Nacional de Normatización; Programa Nacional de Sangre. Norma Técnica de Donación de Sangre. Primera ed. Quito; 2015; MSP.
7. Casanova MJV. El fraccionamiento de la sangre. Gaceta Médica Mexicana. 2004; 140(3): p. 157-159.
8. Organización Panamericana de la Salud. Estándares de trabajo para servicios de sangre. Tercera ed. Washington D.C.; 2012; OPS.
9. Estados Unidos Mexicanos; Secretaría de Salud; Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal; Secretaría de la Defensa Nacional; Cruz Roja Mexicana, Asociación Mexicana de Medicina Transfusional. Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos México D.F.; 2012.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía nacional de consejería en VIH/SIDA. Quito; MSP.; 2011.
11. Ministerio de Protección Social; Dirección General de Salud Pública. Pautas para la realización de Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH (APV) Bogotá, D.C.: Acierto Publicidad & Mercadeo; 2011.
12. Gobierno de España; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Manual de Gestión de Donantes. Proyecto DOMAINE Vesga Carasa MA, editor. Madrid; 2011.

- 13 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud. 2015; MSP. Acuerdo Ministerial 5116; Registro Oficial Suplemento 427 29-ene-2015; disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%2005216.pdf>.
- 14 República del Ecuador; Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial. 2015. Acuerdo Ministerial 00005316, 05- nov-2015.
- 15 Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS. Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017 Quito; 2013.
- 16 Ministerio de Salud Pública; Programa Nacional de Sangre; Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Modelo de gestión de los instrumentos de información. Formulario de Selección del Donante de Sangre (FSDS). 2015, MSP.
- 17 Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo SEMPLADES. Folleto Informativo, Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación. Primera ed. Quito; 2012.
- 18 Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Clasificador geográfico 2015, esquema de codificación de la división política administrativa del país. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 17. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/clasificador-geografico-estadistico-dpa/>.
- 19 Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Tecnologías de Información. Geosalud. [Online].; 2012. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/gui/>.
- 20 American Association of Blood Banks, Asociación Argentina de hemoterapia e Inmunohematología. Manual Técnico. 15th ed. AAHI CCd, editor. Buenos Aires-Argentina: ISBN 987-96497-1-0; 2007.
- 21 Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. 10th ed. Washington, D.C. : OPS; 2008.
- 22 Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la estimación de las necesidades de sangre y sus componentes. Primera ed. Washington D.C; OPS.; 2010.
- 23 Chao EC. Cuestiones éticas y deontológicas en la historia clínica y la documentación sanitaria. 2006..
- 24 Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Ginebra; 2009;WHO.
- 25 International Society of Blood Transfusion (ISBT) ; Working Party on Haemovigilance. Proposed standard definitions for surveillance of non infectious adverse transfusion reactions Unión Europea; 2011; disponible en: www.ihn-org.com/wp-content/uploads/2011/06/ISBT-definitions-for-non-infectious-transfusion-reactions.pdf.
- 26 Muñoz Díaz E, León G, Torres O. Manual Iberoamericano de Hemovigilancia. Primera ed. Barcelona; 2015.

Autoridades

Dra. Margarita Guevara	Ministra de Salud Pública
Dra. Verónica Espinosa	Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Laureano Restrepo	Viceministro de Atención Integral en Salud
Dra. Jakeline Calle	Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Dr. Paúl Proaño	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Martha Gordón	Directora Nacional de Normatización
Lcda. Isabel Miño	Coordinadora del Programa Nacional de Sangre

Equipo de trabajo

Lcda. Isabel Miño	Coordinadora del Programa Nacional de Sangre
Dra. Tania Romero	Analista, Proceso Regulador del Programa Nacional de Sangre
Lcda. Diana Ramirez	Técnica, Proceso Regulador del Programa Nacional de Sangre
Lcda. Cecilia Varela	Analista, del Programa Nacional de Sangre.
Dr Jimmy Tandazo	Médico, Asesor Subsecretaría de Gobernanza de la Salud

Grupo de Colaboradores

Ing. Angélica Vallejo	Ingeniera en Sistemas
Mgs. Elizabeth Barona	Médica salubrista
Dra. Cecilia Paredes	Médica cirujana
Dra. Sangra Aguirre	Médica general y enfermera
Dra. Romina Cervantes	Médica general
Dra. Maritza Román	Médica
Dr. Carlos Moreno	Patólogo clínico
Lcda. Patricia Betancourt	Tecnología médica, y administración de servicios de salud.

Equipo de revisión y validación

Mgs. Carmen Tatiana Guerrero Díaz	Directora Nacional de Articulación de la Red Pública y Red Complementaria
Mgs. Jhon Usiña	Director Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
Mgs. Patricio Aguirre	Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
Ing. Silvia Armas	Analista, Procesamiento y Análisis de Información
Mgs. Fernando Sancho	Subsecretaría Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión
Lcda. Carla Pazmiño	Proyecto de Fortalecimiento de Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad
Dr. Vladimir Díaz	Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control
Mgs. Pilar Rivas	Programa VIH/Sida/ITS
Dra. Zulay Armas	Programa Nacional de Sangre
Lcda. Marlene Salazar	Programa Nacional de Sangre
Psic. Sofia Vasco	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes

Dr. Vladimir Andrade	y Psicotrópicas Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
BQ. Silvia Yumiseba	Subproceso de Toxicología, Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
BQ. Sandra Romoleroux	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
Sra. Karina Quizchpe	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
Sra. Lía Burbano	Consejo Nacional para la Igualdad de Género
Sr. Efraín Soria	Fundación EQUIDAD
Dr. Hugo Hernández	Banco de Sangre, Hospital San Vicente de Paúl, MSP
Dra. Sandra Peña	Banco de Sangre, Hospital Vicente Corral Moscoso
Dr. Pablo Bolaños	Banco de Sangre, Hospital Vicente Corral Moscoso
Dra. Lida Zamora	Epidemióloga, Hospital Vicente Corral Moscoso
Lcda. Karina Galarza	Banco de Sangre, Hospital Vicente Corral Moscoso
Lcda. Lourdes Martínez	Banco de Sangre, Hospital de Especialidades N°1 de las Fuerzas Armadas
Dra. Paulina Aguilar	Banco de Sangre, Hospital de Especialidades N°1 de las Fuerzas Armadas
Dr. Cristian López	Banco de Sangre, Hospital de Especialidades N°1 de las Fuerzas Armadas
Lcda. Mariana Calahorrano	Banco de Sangre, Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Lcda. Martha Gabela	Banco de Sangre, Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Lcda. Zalia Estévez	Banco de Sangre, Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Lcda. Sandra Torres	Banco de Sangre, Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Lcda. Laura Genovés	Banco de Sangre, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS
Dra. Laura Lugo	Banco de Sangre, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, IESS
Dra. María Zúñiga	Banco de Sangre, Hospital Solón Espinoza, SOLCA Núcleo Quito
Lcda. Fernanda Lozada	Banco de Sangre, Hospital Solón Espinoza, SOLCA Núcleo Quito
Dr. Román Ochoa	Banco de Sangre, Hospital Enrique C. Sotomayor, Junta de Beneficiencia de Guayaquil
Lcda. Silvia Rodríguez	Banco de Sangre, Hospital Metropolitano de Quito
Lcda. Mayra Faz	Banco de Sangre, Hospital Metropolitano de Quito
Dra. Mónica Pesantez	Hemocentro Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana
Dr. Carlos Burneo	Centro Regional Guayas Hemocentro Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana
Lcda. Catalina Andrade	Donación Voluntaria de Sangre, Hemocentro Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana
Lcda. Gabriella Villafuerte	Donación Voluntaria de Sangre, Hemocentro Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana
Dra. Rosa Wonsang	Banco de Sangre, Clínica Kennedy IDYTES
Dr. Edgar Cordero	Banco de Sangre, Hospital SOLCA Núcleo Cuenca
Lcdo. Luis Aguiar	Blood Center
Lcdo. Víctor Velázquez	Supervisión del Banco de Sangre, Clínica Panamericana
Tlgo. Jorge Madrid	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Eugenio Espejo, MSP
Tlgo. Miguel Toasa	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Enrique Garcés, MSP
Dra. Verónica Ullauri	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Eugenio

Dra. María Nieto	Espejo, MSP Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Baca Ortiz, MSP
Dra. Mariela Baquero	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Baca Ortiz, MSP
Lcda. Anabel Paredes	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Baca Ortiz, MSP
Sra. Kathiuska Jiménez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital de Infectología, MSP
Dra. Tatiana Pérez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Pablo Arturo Suárez, MSP
Dra. Carmen Naranjo	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Pablo Arturo Suárez, MSP
Dra. Silvia Yáñez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Pablo Arturo Suárez, MSP
TMD. María Martínez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Pablo Arturo Suárez, MSP
Dra. Catalina Moya	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Enrique Garcés, MSP
Dr. Ángel Alcívar	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Verdi Cevallos Balda, MSP
Dr. Ramiro Carrión	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Teófilo Dávila, MSP
Mgs. Silvia Cóndor	Servicio de Medicina Transfusional, Maternidad Isidro Ayora, MSP
Lcda. Gladys Suárez	Servicio de Medicina Transfusional Hospital José María Velasco Ibarra, MSP
Dr. German Mora	Servicio de Medicina Transfusional, del Hospital General Docente de Ambato, MSP
Lcda. Verónica Pérez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Docente de Ambato, MSP
Lcda. Mirian Telenchana	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Docente de Ambato, MSP
Lcdo. Telmo Villarruel	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Docente de Ambato, MSP
Lcdo. Fernando Jaramillo	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital Docente de Riobamba, MSP
Lcda. Ivonne Caicedo	Servicio de Medicina Transfusional, Centro de Salud Tipo C de San Lorenzo, MSP
Lcda. Verónica Chávez	Servicio de Medicina Transfusional, Centro de Salud Tipo C de San Lorenzo, MSP
Lcdo. Carlos Guillén	Servicio de Medicina Transfusional, Centro de Salud Tipo C de San Lorenzo, MSP
Lcda. Natasha Morillo	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Deffina Torres de Concha, MSP
Lcda. Nery Nuñez	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Deffina Torres de Concha, MSP
Lcda. Lina Arteaga	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, MSP
Dr. Reemberto Cevallos	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, MSP

Lcda. Gladys Palma	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano, MSP
Lcdo. Luis Palacios	Servicio de Medicina Transfusional, Hospital General Francisco de Orellana, MSP
Lcda. Mónica Molina	Programa Nacional de Sangre, Coordinación Zonal de Salud 3
Lcda. Ximena Bohórquez	Programa Nacional de Sangre, Coordinación Zonal de Salud 5
Dr. Luis Romero	Programa Nacional de Sangre, Coordinación Zonal de Salud 8
BQ. Willan Muñoz	Analista Zonal de Medicamentos e Insumos Estratégicos Zona 7
Dra. Gabriela Cantillo	Analista Zonal, Control Técnico Médico 1
Lcda. Nancy Freire	Responsable de Educación Para la Salud, Zona 1
Dra. Victoria Torres	Responsable del Sistema Nacional de Sangre, Zonal 6
Mgs. Diego Flores	Coordinación Zonal de Salud 6, MSP
Dra. Ximena Raza	Coordinadora de la DNN-MSP
Dra. Jenny Pabón	Analista DNN-MSP

13. Anexos

Anexo1.- Código de los registros únicos de información para los servicios de sangre

Nombre del los formulario	Código
Formulario de selección del donante de sangre (FSDS)	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.44-FSDS -06-01-2016
Autorización para donantes autólogos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.21-ADA-06-01-2016
Autorización para donación de sangre en menores de edad	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.22-ADSME -06-01-2016
Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.23-RMASSCPSCS -06-01-2016
Registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.24-RANMDSSRC -06-01-2016
Registro de consumo diario de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.25-RCDCS -06-01-2016
Registro de consumo semanal de componentes sanguíneos.	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.25A-RCSCS -06-01-2016
Registro mensual de transfusiones sanguíneas	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.26-RMTS -06-01-2016
Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.27- RTCSNRAT -06-01-2016
Formulario para la investigación de reacción adversa transfusional	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.28- FIRAT -06-01-2016
Registro de ingreso de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.29- RICS -06-01-2016
Registro de devolución de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.30- RDCSSSP-06-01-2016
Registro de modificación de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.31- RMCS-06-01-2016
Registro de pruebas de compatibilidad sanguínea y despacho de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.32- RPCSDCS-06-01-2016
Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.33- RDCSOES-06-01-2016
Registro de intercambio de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.34-RICS -06-01-2016
Registro de descarte de componentes sanguíneos.	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.35-RDCS -06-01-2016
Registro de temperatura de la hemoteca	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.36-RTH -06-01-2016
Registro de temperatura del ultracongelador	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.37-RTU -06-01-2016
Registro de temperatura del congelador	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.38-RTC -06-01-2016
Registro de temperatura ambiente	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.39-RTA -06-01-2016
Registro de temperatura del agitador de plaquetas/cámara de plaquetas	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.40-RTAPCP -06-01-2016
Registro de temperatura del termobloque	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.41-RTT -06-01-2016
Registro de temperatura del baño maría	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.42-RTBM -06-01-2016
Registro de temperatura del descongelador de plasma	MSP-DNEAIS-PNS-FORM.43-RTDP -06-01-2016
Solicitud única de componentes sanguíneos al servicio de sangres proveedor	MSP-DNEAIS-FORM.06-SUCSSSP-06-01-2016
Registro de uso y requerimiento planificado de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-FORM.07-RURPCS-06-01-2016
Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos	MSP-DNEAIS-FORM.08-SICS-06-01-2016
Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas	MSP-DNEAIS-FORM.09-RDATS-06-01-2016

Anexo 2.- Formulario de selección del donante de sangre (FSDS)

 Ministerio de Salud Pública Secretaría Ejecutiva	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE Red Nacional del Servicio de Sangre Red Nacional del Instituto Virología de Salud	Grupo ABO y Rh _____	CÓDIGO DE LA DONACIÓN (Una selección para el Servicio de Sangre)
	Fecha: _____ Provincia: _____ Ciudad: _____ Distrito: _____ Cantón: _____ Sit. Urbán: _____		
Fecha de Colecta: Colecta: Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Lugar de la Colecta: _____			
FORMULARIO DE SELECCIÓN DEL DONANTE DE SANGRE (FSDS)			
ESTIMADO DONANTE DE SANGRE, (BIENVENIDO Y GRACIAS) por acudir y por el gesto solidario de donar su sangre que ayudará a salvar la vida de cualquier persona que necesite sangre. Nuestro objetivo es proteger su salud y también la salud de las personas que reciban su sangre. Por favor conteste con sinceridad el siguiente cuestionario y las preguntas que durante la entrevista se le va a realizar. La información que nos brinda es CONFIDENCIAL .			
2. DATOS PERSONALES DEL DONANTE: Por favor, complete y marque con X.			
Apellidos (2): _____		Nombres (2): _____	
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____	Edad: _____	
Documento de identidad: Núm.: _____	Cédula <input type="checkbox"/>	Licencia de conducir <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>
Estado civil: Unión de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Ocupación: _____	
Lugar de trabajo: _____		Ciudad y dirección de domicilio: _____	
Teléfono fijo: _____ Celular: _____		E-mail: _____	
En caso de emergencia llamar a _____		Parentesco: _____ Teléfono: _____	
3. CUESTIONARIO PARA EL DONANTE. Estimado Donante, por favor lee las preguntas y marque con una X su respuesta.			
1	¿Usted ha donado SANGRE o PLAQUETAS alguna vez?	SI	NO
2	¿Cuándo usted donó sangre o plaquetas ¿presentó alguna reacción adversa?	SI	NO
3	¿Usted ha sido impedido de donar sangre alguna vez? Indique el por qué: _____	SI	NO
4	¿Ha ingerido alimentos en las últimas 4 horas?	SI	NO
5	¿Ha descansado por lo menos 6 horas?	SI	NO
6	¿Usted se ha sentido enfermo, ha presentado fiebre, malestar al orinar, dolor de la garganta, congestión nasal u otro tipo de síntomas en los últimos 8 días?	SI	NO
7	¿Usted ha observado la presencia de nódulos, tumores, ganglios inflamados (secas) o lesiones (lagas) en alguna parte de su cuerpo?	SI	NO
8	¿Al momento usted presenta o ha tenido alergias, problemas de riñones, pulmonares, intestinales, de corazón, hígado, riñones, diabetes, hipertensión, enfermedades de la sangre, u otros?	SI	NO
9	¿Usted tiene o ha tenido algún tipo de cáncer?	SI	NO
10	¿Le han realizado a usted alguna cirugía, endoscopia, colonoscopia, cateterismo o biopsias en los últimos 12 meses?	SI	NO
11	¿Sufrir de convulsiones, mareos o pérdida del conocimiento?	SI	NO
12	¿Ha recibido sangre, componentes sanguíneos, trasplante de tejidos, órganos, o tratamientos con hormona del crecimiento en los últimos 12 meses o alguna vez?	SI	NO
13	¿Ha sido vacunado en los últimos 12 meses?	SI	NO
14	¿Ha estado en tratamiento dental en los últimos 3 días?	SI	NO
15	¿Ha recibido algún tipo de tratamiento médico, o ha tomado algún medicamento como ASPIRINA en el último mes?	SI	NO
16	¿Ha tenido hepatitis después de los 11 años de edad, o ha estado en contacto con pacientes con Hepatitis A, B o C?	SI	NO
17	¿Usted ha tenido o ha visitado zonas donde hay dengue, paludismo, enfermedad de Chagas u otra enfermedad tropical en el último mes?	SI	NO
18	¿Ha vivido o ha estado fuera del país en los últimos 6 meses?	SI	NO
19	¿Accidentalmente ha sufrido algún pinchazo o corte con objetos cortopunzantes, o ha sufrido alguna sarpicadura con sangre de otra persona, en los últimos 12 meses?	SI	NO
20	¿Se ha hecho tatuajes, orificios corporales, piercings, acupuntura, masoterapia o maquillaje permanente en los últimos 12 meses?	SI	NO
21	¿Ha recibido o recibe usted dinero o algún tipo de compensación para donar sangre?	SI	NO
22	¿Tiene usted relaciones sexuales?	SI	NO
23	¿En los últimos 12 meses, ha tenido más de una pareja sexual?	SI	NO
24	¿Con su o sus parejas sexuales ha utilizado siempre el condón como forma de protección?	SI	NO
25	¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras/tes sexuales?	SI	NO
26	¿En los últimos 12 meses, ha recibido dinero o drogas por tener relaciones sexuales?	SI	NO
27	¿En los últimos 12 meses, usted con su/sus pareja/parejas han mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol, u otra droga o estupefaciente (inyectable o no)?	SI	NO
28	¿Ha tenido usted o su pareja alguna enfermedad/infección de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea u otra) detectada en los últimos 12 meses?	SI	NO
29	¿Donó usted sangre sólo para que se le haga el análisis de VIH/SIDA, Sífilis, Hepatitis u otros exámenes?	SI	NO
30	¿Usted o su pareja sexual han estado detenidos en un centro de reclusión/cárcel en los últimos 12 meses?	SI	NO
31	¿Leyó y comprendió todas las preguntas? ¿Fueron contestadas todas sus dudas al respecto?	SI	NO
Exclusivo para mujeres:			
32	¿Usted tuvo parto, cesárea o aborto en los últimos 12 meses? Mes: _____ Año: _____	SI	NO
33	¿Está usted embarazada o dando de lactar?	SI	NO
34	Indique la fecha de su última menstruación: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	SI	NO
4. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE. Apreciado Donante, lee con atención antes de firmar.			
Yo, _____ con C.I.: _____ Por mi propio derecho y de manera libre, voluntaria e informada, DECLARO que la información confidencial proporcionada en este documento y en la entrevista es verdadera y que, en caso contrario asumo toda la responsabilidad. Que, he sido informado sobre el procedimiento de la donación de sangre y/o componentes sanguíneos, de las posibles reacciones adversas que puedo sufrir durante o después de la extracción de sangre propias de estos procedimientos, y que todas mis dudas y preguntas me fueron aclaradas. CONSENSO para que mi sangre, a título gratuito, sea utilizada exclusivamente para fines transfusionales y, que se realice en mi sangre las pruebas necesarias para identificar el VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis y Chagas que pueden causar daño en el receptor. Si los resultados resultan negativos, este Servicio debe citarme para la toma de nuevas muestras para confirmar dichos resultados. Los resultados negativos confirmados se me informarán de manera personal y confidencial. Si este Servicio luego de (3) intentos por comunicarse conmigo a las direcciones y teléfonos registrados por mí en este documento o, si se contactaron y yo no me acerqué al mismo, este Servicio notificará los resultados a la autoridad de salud que corresponda.			
Firma en la ciudad de: _____		Fecha: _____ Firma o huella digital: _____	
5. AUTODECLUSIÓN VOLUNTARIA DEL DONANTE (Para uso exclusivo del Donante)			
Estimado/a Donante, usted va a donar o ya donó sangre. Si usted considera que sus respuestas no fueron verdaderas durante la entrevista o en el Formulario porque sintió temor, vergüenza, fue obligado o presionado por alguna circunstancia, y piensa que su sangre NO es segura para ser transfundida a otra persona, todavía está a tiempo para evitar causarle cualquier infección al paciente que la reciba por transfusión. Por ello, acudimos a su sensibilidad, valores y principios, para que nos responda con la VERDAD y de manera CONFIDENCIAL, la siguiente pregunta:			
¿CONSIDERA QUE SU SANGRE ES SEGURA PARA TRANSFUNDIRSE A OTRA PERSONA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Deposite este cupón en el buzón antes de retirarse. Cualquier duda COMUNIQUESE CON NOSOTROS INMEDIATAMENTE. MSP-DVCAI-S-2015-FORM-44-FSDS-06/19/2015			

 171


8.1. VALORACIÓN FÍSICA DEL DONANTE -Uso exclusivo del seleccionador-														
										Identificación de la donación (Marcar con X)				
Período sano del Donante	Peso (Kg. lb.)	Talla (m/cm)	Hb. (mg/dL)	Hcto. (%)	Temp. (°C)	Pulso (pm/m)	Presión arterial (mmHg)	Lesión sin lesión	Tipo de Donante	Voluntario	Compensatorio	Tipo de donación	Autóloga	Allogénica
SI NO								SI NO	Frecuencia de donación:	Primera vez	Repetitivo (S)	Ocasional		
8.2. OBSERVACIONES / ACLARACIONES (cuestionario, entrevista, valoración física y extracción):														
8.3. DECISIÓN DE LA ENTREVISTA Y VALORACIÓN FÍSICA DEL DONANTE -Seleccionador-														
(Marcar con X) ACEPTADO <input type="checkbox"/> DIFERIDO TEMPORAL <input type="checkbox"/> DIFERIDO PERMANENTE <input type="checkbox"/>														
Causa: _____ Causa: _____														
Tiempo: _____														
Seleccionador: (Nombre / Apellido) _____ Firma: _____														
7. DATOS DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE / COMPONENTES SANGÜÍNEOS -Para uso exclusivo del Flebotomista-														
(Marcar con X y tener los campos sellados).														
SANGRE TOTAL (ST)	Sitio de la flebotomía		Punción		Tiempo de extracción		Bolsa de extracción			Vol. ST extraído (mL)	Peso ST (g)	Extracción completa		
	Brazo izquierdo	Brazo derecho	Única	Varias (P)	Hora inicio	Hora fin	Simple	Doble	Triple	Código de la bolsa	Fecha de caducidad	SI	NO	
ARTERIAS	Componente sanguíneo a obtener:		Sitio de la flebotomía		Punción		Tiempo de extracción		Recuento inicial de plaquetas (x10 ⁹ /L)	Ciclos realizados	Vol. extraído (mL)	KI de análisis		Extracción completa
	Brazo izquierdo	Brazo derecho	Única	Varias (P)	Hora inicio	Hora fin	(P)	(P)	Código de la bolsa	Fecha de caducidad	SI	NO		
8. REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN DE SANGRE (RAD) -Flebotomista-														
(Marcar con X y tener siempre sellados).														
¿El Donante presentó RAD? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>														
Describe los signos y síntomas de la RAD, e identifícalos (marque X): _____ ¿Qué tratamiento se aplicó en el Donante con RAD? _____														
Local:	Hematoma	<input type="checkbox"/>	Punción hemorrágica	<input type="checkbox"/>										
	Sangrado post-punción	<input type="checkbox"/>	Fiebris	<input type="checkbox"/>										
	Punción arterial	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>										
General:	Síncope	<input type="checkbox"/>	Calambres	<input type="checkbox"/>										
	Náusea	<input type="checkbox"/>	Comulsión	<input type="checkbox"/>										
	Vómito	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>										
	Espasmo muscular	<input type="checkbox"/>	Toxicidad por citrato*	<input type="checkbox"/>										
*En caso de presentar síntomas de citrato.														
Flebotomista: (Nombre / Apellido) _____ Firma: _____														
9. AUTORIZACIÓN PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SELECCIÓN DEL DONANTE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ANALFABETOS														
Yo, (nombre y apellido) _____ con C.I.: _____, como TESTIGO del/a DONANTE:														
(2 apellidos) _____ (2 nombres) _____, declaro que he participado de la información que se le ha proporcionado sobre el procedimiento de la donación de sangre, beneficios, riesgos, deberes y derechos de los donantes; que he leído las preguntas del cuestionario de la ficha, y que con su autorización he registrado los datos personales solicitados y las respuestas a cada pregunta.														
Firma TESTIGO _____ Firma o huella digital DONANTE _____														
C.I.: _____														
Para donar su sangre, le invitamos a reflexionar sobre su estado de salud y sus hábitos o prácticas incluso en su vida sexual. Tenga en cuenta que hay enfermedades infecciosas que pueden transmitirse a otra persona a través de la sangre.														
Por su salud y por la de quien recibirá su sangre, ¡agradecemos su sinceridad!														
REVISIÓN DEL TALENTO DE AUTOEXCLUSIÓN														









0148-2016

Anexo 3.- Lista de indicadores del formulario de selección del donante de sangre (FSDS).

Indicador Formulario de Selección Del Donante de Sangre	Cálculo del indicador
Porcentaje de población donante de sangre atendida.	$= \frac{\text{Total de población donante atendida}}{\text{Total de población del Ecuador (INEC)}} \times 100$
Porcentaje de población donante de sangre efectiva.	$= \frac{\text{Total de población donante efectiva}}{\text{Total de población donante atendida}} \times 100$
Porcentaje de población donante atendida según tipo de colecta.	$= \frac{\text{Total de población donante atendida según tipo de colecta}}{\text{Total de población donante atendida}} \times 100$
Porcentaje de población donante efectiva según tipo de colecta.	$= \frac{\text{Total de población donante efectiva según tipo de colecta}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante efectiva según sexo.	$= \frac{\text{Total de población donante efectiva según sexo}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante efectiva según grupo de edad.	$= \frac{\text{Total de población donante según grupo de edad}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de donantes autoexcluidos.	$= \frac{\text{Total de donantes autoexcluidos}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de donantes autoexcluidos según sexo.	$= \frac{\text{Total de donantes autoexcluidos según sexo}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante voluntaria.	$= \frac{\text{Total de población donante voluntaria}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante voluntaria según tipo de colecta.	$= \frac{\text{Total de población donante voluntaria según tipo de colecta}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante compensatoria.	$= \frac{\text{Total de población donante compensatoria}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje población donante autóloga.	$= \frac{\text{Total de población donante autóloga}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante de primera vez.	$= \frac{\text{Total de población donante de primera vez}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante repetitiva.	$= \frac{\text{Total de población donante repetitiva}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante ocasional.	$= \frac{\text{Total de población donante ocasional}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de población donante diferida temporalmente.	$= \frac{\text{Total de población donante diferida temporalmente}}{\text{Total de población donante atendida}} \times 100$
Porcentaje de donantes diferida permanentemente.	$= \frac{\text{Total de población donante diferida permanentemente}}{\text{Total de población donante atendida}} \times 100$
Porcentaje de donantes por aféresis.	$= \frac{\text{Total de población de donantes por aféresis}}{\text{Población donante atendida}} \times 100$
Porcentaje de donantes por aféresis de primera vez.	$= \frac{\text{Total de población de donantes por aféresis de primera vez}}{\text{Total de población donante por aféresis}} \times 100$

Indicador Formulario de Selección Del Donante de Sangre	Cálculo del indicador
Porcentaje de donantes voluntarios por aféresis.	= $\frac{\text{Total de población donante voluntaria por aféresis}}{\text{Total de población donante por aféresis}} \times 100$
Porcentaje de donantes de sangre con RAD.	= $\frac{\text{Total de donantes de sangre con RAD}}{\text{Total de población donante efectiva}} \times 100$
Porcentaje de donantes de sangre con RAD según su clasificación.	= $\frac{\text{Total de donantes con RAD según clasificación}}{\text{Total de donantes de sangre con RAD}} \times 100$
Porcentaje de donantes de sangre con RAD según la definición del caso.	= $\frac{\text{Total de donantes con RAD según definición del caso}}{\text{Total de donantes de sangre con RAD}} \times 100$

Anexo 4.- Autorizaciones anexas al Formulario de Selección del Donante de Sangre

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE</p> <p>PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y COMPLEMENTARIA</p>	<p>CODIGO DE LA DONACIÓN (Uso exclusivo para el Servicio de Sangre)</p> 
<p>Logotipo institucional</p>	<p>AUTORIZACIÓN PARA DONANTES AUTÓLOGOS Nombre del Servicio de Sangre Nombre del Establecimiento de Salud</p>	
<p>Yo, _____ con C.I.: _____</p> <p>En calidad de Donante-Paciente, por mi propio derecho, de manera libre y voluntaria declaro que he sido informado sobre los procedimientos, fases, tiempos estimados, análisis y pruebas a los que seré sometido/a, y que la sangre y componentes sanguíneos donados pueden resultar insuficientes para las necesidades previstas en la cirugía programada. Manifiesto mi voluntad para que se me realice la donación AUTÓLOGA de mi sangre y el uso de la misma solamente en mí.</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma o huella digital del/la Donante</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>MSP-DNEA(S)-PNS-FORM 2140A-06-01-2016</p>		
 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE</p> <p>PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y COMPLEMENTARIA</p>	<p>CODIGO DE LA DONACIÓN (Uso exclusivo para el Servicio de Sangre)</p> 
<p>Logotipo institucional</p>	<p>AUTORIZACIÓN PARA DONACIÓN DE SANGRE EN MENORES DE EDAD Nombre del Servicio de Sangre Nombre del Establecimiento de Salud</p>	
<p>Reciba un cordial saludo de este Servicio de Sangre. Por la presente solicitamos a Usted, Sr/a. Padre/Madre/Tutor Legal, la AUTORIZACION para que su hijo/a/representado legal DONE su sangre.</p> <p>Yo, _____ con C.I. _____</p> <p>en calidad de Padre/Madre/Tutor Legal AUTORIZO al Sr./Srta.: _____</p> <p>Apellidos (2): _____ Nombres (2): _____</p> <p>con C.I.: _____, para que, mediante los procedimientos estandarizados y de calidad necesarios, done su sangre de manera voluntaria altruista y no remunerada, y forme parte del grupo de personas que ayudan a salvar vidas a través de su acto responsable y humanitario. Para constancia, adjunto copia legible de mi Cédula de Ciudadanía.</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma o huella digital del/la Padre/Madre/Tutor</p>		
<p>Nuestro Servicio de Sangre cumple con los más altos estándares de calidad para la donación de sangre establecidos en la Normativa de la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador. Los Profesionales de la Salud están capacitados, el material utilizado para cada donante es nuevo, estéril y desechable. Nuestro objetivo es cuidar la salud de los donantes de sangre así como de las personas que reciben la sangre donada.</p>		
<p>REQUISITOS GENERALES PARA DONAR SANGRE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tener buena salud y voluntad de ayudar a los demás. * Presentar el documento de identificación del alumno (cédula de identidad). * Tener entre 17 y 65 años de edad. De 17 años presentar la Autorización para Menores de Edad. * Pesar mínimo 110 libras (50 kilos). * Haber desayunado o almorzado normalmente, evitando lácteos y grasas. * Haber cumplido con las horas mínimas de sueño (6 horas). 	<p>PASOS GENERALES QUE SE REALIZAN EN LA DONACIÓN DE SANGRE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deberá llenar el Formulario de Selección del Donante de Sangre. La información registrada es confidencial. 2. Se le realizará una entrevista, una revisión física y de signos vitales para determinar si puede o no donar sangre en ese momento. 3. Si fue aceptado como donante se le extraerá una unidad de sangre o "pinta". Este procedimiento dura entre 5 a 12 minutos. El volumen a extraer es máximo de 450ml que corresponde a una décima parte del volumen total que tenemos circulando (de 8 a 10 pintas y donamos sólo 1 pinta). 4. Luego de la donación deberá descansar sentado/a por 10 minutos. 5. Deberá recibir un refrigerio gratuito para restablecer su nivel de azúcar y la volemia en su cuerpo. <p>Recomendaciones: Después de donar deberá tomar abundantes líquidos durante el día, no realizará esfuerzos extenuantes en las próximas 24 horas, alimentarse normalmente y no fume ni consuma bebidas alcohólicas.</p>	
<p>Debe saber Usted que el donante tiene el derecho de AUTOEXCLUIRSE de la donación, durante y después de haberla realizado, al informar de manera CONFIDENCIAL que su sangre no debe ser utilizada porque considera que existe algún riesgo para la persona que la recibe.</p>		
<p style="text-align: right;"></p> <p>MSP-DNEA(S)-PNS-FORM 22-A-03ME-06-01-2016</p>		

175
Banco de la Piedad

Anexo3.- Registro mensual automatizado de servicios de sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos.



LOGOTIPO INSTITUCIONAL

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
 Nombre del Servicio / Sangre-Establecimiento de Salud
Registro mensual automatizado de Servicios de Sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos



Donor
sangre

BLOQUE A: DATOS DEL SERVICIO DE SANGRE

Domicilio: _____ Teléfono: _____ Correo: _____ Email: _____ Red a la que pertenece: <input type="checkbox"/> Red Pública <input type="checkbox"/> Red Complementaria	Dirección de atención del Servicio de Sangre Calle y Número: _____ Urbanización: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ País: _____ Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____	Dirección de atención para el donante de sangre: Calle y Número: _____ Urbanización: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ País: _____
Tipo de Servicio: <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Centro de Colecta <input type="checkbox"/> Centro de Colecta y Distribución		Nº de unidades móviles de colecta de sangre: _____ (si la tiene)

BLOQUE B: DATOS DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SANGRE

Nombre del responsable: _____ Cargo/Función: _____ Teléfono Institucional: _____ Celular: _____	Muestra de sangre: _____ Fecha de elaboración: _____ Oficina: _____
--	---

BLOQUE C: PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE

Nº de centros de sensibilización	Nº de sesiones extraordinarias realizadas	Población Objetivo	Nº de personas sensibilizadas	Sensibilización del donante			
				Medios Informativos Utilizados		Medios de comunicación utilizados	
				Tipo		Tipo	
		Estudiantes Gallego		Trigüera		Televisión	
		Estudiantes de los Barrios		Volante		Radio	
		Bancos de Píldoras		Radio		Presencia	
		Trabajadores Privados		Examen / Lente		Web	
		Uniones Comunitarias		Otros		Redes Sociales	
		Personal Militar					
		Personal Policial					
		Otros:					
		TOTAL					

BLOQUE D: DONACIÓN DE SANGRE

BLOQUE D1: Donantes de sangre según tipo de colecta, tipo de donante y frecuencia de la donación

Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes atendidos	Nº de donantes Obispos / Promocionales	Nº de donantes Oficiales / Temporales	Nº de donantes que no son legales de donar	Nº de donantes autorizados	Nº de donantes elegidos	Nº de donantes no elegidos	Frecuencia de donación						TOTAL	
									Donantes Elegidos			Donantes No elegidos				
									Primera vez	Repetitivos	Ocasionales	Primera vez	Repetitivos	Ocasiones más		
Intrahospitalario Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	SUBTOTAL															
Intrahospitalario Alérgico	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	SUBTOTAL															
Extrahospitalario Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	TOTAL															

BLOQUE D2: Recaudos Adversos a la Donación de Sangre

Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes que presentaron EMO	BLOQUE D2: Tipo de recaudo adverso a la donación													
			SAD LOCALES							SAD REMOJES						
			Hematoma	Sangrado Postcolecta	Punción Arterial	Punción Nerviosa	Reboto	Dura	Sincope	Náusea	Vértigo	Dolor Muscular	Convulsiones	Reacción	Toxicidad por plasma	Otros
Intrahospitalario Sangre Total	Remunerativo															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	SUBTOTAL															
Intrahospitalario Alérgico	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	SUBTOTAL															
Extrahospitalario Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerativo															
	TOTAL															

TOTAL DE DONANTES DE SANGRE QUE FUERON NOMBRADOS A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

BLOQUE D: DONACIÓN DE SANGRE

BLOQUE D1: Donantes de sangre según tipo de colecta, tipo de donante y frecuencia de la donación

Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes Asistidos	Nº de donantes (Ejército) Permanente	Nº de donantes (Cálidos) Temporalmente	Nº de donantes que no incluyeron la donación	Nº de donantes autorizados	Nº de donantes excluidos	Nº de donantes no efectivos	Frecuencia de donante						TOTAL	
									Donantes Efectivos			Donantes No efectivos				
									Primera vez	Repetitivos	Ocasional	Primera vez	Repetitivos	Ocasional		
Intramural Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerado															
	Autólogos															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intramural por Alérgico	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Autólogos															
	Remunerado															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extramural Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerado															
	Autólogos															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BLOQUE D2: Reacción Adversa a la Donación de Sangre

Tipo de colecta	Tipo de donante	Nº de donantes con presentas SAS	BLOQUE D2: Tipo de reacción adversa a la donación													
			RAS ESPECÍFICAS								RAS GENERALES					
			Hemolisis	Sangrado Postoperatorio	Fansión Arterial	Pancreatitis	Fiebre	Obese	Sincope	Náusea	Vértigo	Espasmo Muscular	Convulsiones	Hipertensión	Tolerancia por sangre	Otros
Intramural Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerado															
	Autólogos															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intramural por Alérgico	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Autólogos															
	Remunerado															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extramural Sangre Total	Voluntarios															
	Compensatorio															
	Remunerado															
	Autólogos															
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL DE DONANTES CON RAS QUE FUERON REPORTADOS A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

BLOQUE E: DONANTES EFECTIVOS

BLOQUE E1: Sexo y edad de los donantes efectivos según tipo de colecta y tipo de donante

Tipo de colecta	Tipo de Donante	Sexo de los donantes			Edad de los donantes								
		Mujer	Hombre	Total	* % de años con adherencia del total								
		14 a 17 años	18 a 29 años	30 a 41 años	42 a 53 años	54 a 65 años	66 años con adherencia de sangre	Total					
Intramural Sangre Total	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Remunerado												
	Autólogos												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Intramural por Alérgico	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Autólogos												
	Remunerado												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extramural Sangre Total	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Remunerado												
	Autólogos												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

BLOQUE E2: Causas de Eficacia de donantes según tipo de colecta y tipo de donante

Tipo de colecta	Tipo de Donante	Causas										Total	
		Primera		Segunda		Tercera		Cuarta		Quinta			
		CAUSA	CATEGORÍA	CAUSA	CATEGORÍA	CAUSA	CATEGORÍA	CAUSA	CATEGORÍA	CAUSA	CATEGORÍA		
Intramural Sangre Total	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Remunerado												
	Autólogos												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Intramural por Alérgico	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Remunerado												
	Autólogos												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Extramural Sangre Total	Voluntarios												
	Compensatorio												
	Remunerado												
	Autólogos												
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL DONANTES		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

0130-177
al [signature]

BLOQUE F: FRACIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS												
BLOQUE F1: Unidades de sangre total		BLOQUE F2: Nº de componentes sanguíneos obtenidos en el fraccionamiento		BLOQUE F3: Nº de otros componentes sanguíneos obtenidos del subfraccionamiento		BLOQUE F4: Nº de Unidades obtenidas por Aféresis				BLOQUE F5: Modificaciones de concentrado de Glóbulos Rojos		BLOQUE F6: Índice de fraccionamiento
Total de unidades recibidas		Nº Unidades de CGR		Nº Unidades de CRD		Nº CGR por Aféresis		Nº de procedimientos por Aféresis		CGR recibidos		f(CR)/f
Nº unidades no aptas para fraccionar					Nº Unidades de PR						CGR recuperados	
Nº Unidades a fraccionar		Nº Unidades PR		Nº Unidades Sangre reconstituida		Nº Plasma por Aféresis						
Porcentaje de unidades fraccionadas	f(CR)/f	Nº Unidades de PR		Unidades de CGR pediatría		Nº Plasma por Aféresis		Nº de Unidades obtenidas a partir de circuitos de aféresis		CGR lavados		
		Nº Unidades de CP		Unidades de PR pediatría								
		TOTAL	0	TOTAL	0		TOTAL		0	TOTAL	0	

BLOQUE G: PRUEBAS SEROLÓGICAS

BLOQUE G1: Pruebas de tamizaje							BLOQUE G2: Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAT)					
Marcador Infeccioso	Nº de Unidades Tamizadas	Porcentaje de las Unidades Tamizadas	Método de la prueba	Marca del reactivo	Nº de unidades tamizadas reactivas	Nº de unidades tamizadas no reactivas	Marcador Infeccioso	Nº de unidades tamizadas por NAT	Nº de reactivos obtenidos reactivos	Nº de reactivos no reactivos	Nº de reactivos que concuerdan con NAT	TOTAL
VH		f(CR)/f					VH					0
HBeAg		f(CR)/f										0
Anti-HBc		f(CR)/f										0
VHC		f(CR)/f					VH					0
SfHb		f(CR)/f										0
Chagas		f(CR)/f					VHC					0
HTLV - II												0
CMV												0
TOTAL	0	f(CR)/f			0	0	TOTAL	0	0	0	0	0

BLOQUE G3: Pruebas confirmatorias

Marcador Infeccioso	Nº de muestras reactivas sometidas a confirmación	Método de la prueba	Marca del reactivo	Nº de muestras confirmadas como reactivas	Nº de muestras confirmadas como no reactivas	Total de muestras confirmadas
VH						0
HBeAg						0
Anti-HBc						0
VHC						0
SfHb						0
Chagas						0
HTLV - II						0
CMV						0
TOTAL	0			0	0	0

BLOQUE G4: Justificación y referenda de donantes

Marcador Infeccioso	Nº de donantes justificados para realizar prueba confirmatoria	Nº de donantes que el Servicio no logró justificar para realizar la prueba confirmatoria	Nº de donantes justificados que no acudieron para realizar la prueba confirmatoria	Nº de donantes que recibieron asesoría por prueba confirmatoria	Nº de donantes con serología reactiva confirmada referidos a un Establecimiento de Salud	Total de donantes justificados
VH						0
HBeAg						0
Anti-HBc						0
VHC						0
SfHb						0
Chagas						0
HTLV - II						0
CMV						0
TOTAL	0	0	0	0	0	0



BLOQUE I: INMUNOHIMATOLOGIA													
BLOQUE H1: Tipificación				BLOQUE H2: Grupos y factor sanguíneo				BLOQUE H3: Pruebas inmunohematológicas					
Tipificación Sanguínea	Nº de unidades de sangre recibidas	Método de la prueba	Marca del reactivo	Grupo y Factor	Nº de unidades Rh positivo	Nº de unidades Rh negativo	Nº de unidades Rh negativo	Nº de unidades Rh negativo	Anticuerpos irregulares				
Tipificación Directa				A	NO H/D		NO H/D		Nº de unidades recibidas				
Tipificación Inversa				B	NO H/D		NO H/D		Nº Unidades positivas				
				AB	NO H/D		NO H/D		Nº Unidades negativas				
				D	NO H/D		NO H/D		Identificación del Anticuerpo Irregular				
Total Unidades					0	NO H/D	0	NO H/D					
BLOQUE I: DESCARTE DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS POR CAUSA													
BLOQUE I1: Causas de descarte													
Causa de Descarte	Nº Unidades Sangre Total	Nº Unidades de ODR	Nº Unidades de FFC	Nº Unidades de CP	Nº Unidades de PR	Nº Unidades de ORO	Nº Unidades de Sangre reconstituida	Nº Unidades de ODR pediatría	Nº Unidades de FFC pediatría	Nº Unidades de ODR por Aféresis	Nº Unidades de Plasma por Aféresis	Nº Unidades de CP por Aféresis	Total de Descartes por causa
Reactivos serológicos reactivos													0
Pruebas inmunohematológicas													0
MTI con resultados positivos													0
Pérdida de cadena de frío													0
Exámenes e inadecuados													0
Caducidad													0
Exceso													0
Agencia													0
Insuficiente													0
Identificación													0
Código													0
Exceso de stock													0
Otras causas													0
SUBTOTALS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DESCARTADOS	0												
BLOQUE I2: DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS													
Tipo de componente sanguíneo	Nº Unidades Sangre Total	Nº Unidades de ODR	Nº Unidades de FFC	Nº Unidades de CP	Nº Unidades de PR	Nº Unidades de ORO	Nº Unidades de Sangre reconstituida	Nº Unidades de ODR pediatría	Nº Unidades de FFC pediatría	Nº Unidades de ODR por Aféresis	Nº Unidades de Plasma por Aféresis	Nº Unidades de CP por Aféresis	TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS
Saldo de componentes sanguíneos del mes anterior													0
Nº de componentes sanguíneos producidos en el mes		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de componentes sanguíneos descartados en el mes													0
Nº de componentes sanguíneos disponibles													0
DISPONIBILIDAD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS PARA EL PRÓXIMO MES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FIRMA DIGITAL DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SANGRE:													
SELO DIGITAL DEL SERVICIO DE SANGRE:													
MAY 05 14:09:23 2016													

Amor
 179
of Euf

Anexo 6.- Lista de indicadores aplicables del registro mensual automatizado del Servicio de Sangre que colectan y procesan sangre y componentes sanguíneos.

Indicador	Cálculo del indicador
Total de donantes de sangre atendidos.	= Número de donantes de sangre atendidos
Total de donantes de sangre efectivos	= Número de donantes de sangre atendidos
Tasa de donación de sangre (por 1000 habitantes)	= $\frac{\text{Número de donantes de sangre}}{\text{Población del Ecuador INEC}} \times 1000$
Total de donantes voluntarios.	= Número de donantes voluntarios
Total de donantes compensatorios.	= Número de donantes compensatorios
Total de donantes ocasionales.	= Número de donantes ocasionales
Total de donantes autólogos	= Número de donantes autólogos
Total de donantes de sangre de primera vez	= Número de donantes de sangre por primera vez
Total de donantes de sangre repetitivos	= Número de donantes de sangre repetitivos
Total de donantes atendidos según tipo de colecta	= Número de donantes atendidos según colecta (intra-extramural)
Total de donantes efectivos según tipo de colecta	= Número de donantes efectivos según colecta (intra-extramural)
Total de donantes efectivos según grupo de edad	= Número de donantes efectivos según grupo de edad
Total de donantes efectivos según sexo	= Número de donantes efectivos según sexo
Total de donantes con RAD	= Número de donantes que presentan RAD
Total de donantes diferidos	= Número de donantes de sangre diferidos
Porcentaje de unidades de sangre efectivamente colectadas	= $\frac{\text{Número de unidades de sangre efectivamente colectadas}}{\text{Total de unidades recibidas}} \times 100$
Porcentaje de componentes sanguíneos obtenidos a partir de sangre entera	= $\frac{\text{Número de componentes sanguíneos a partir de sangre entera}}{\text{Total de componentes sanguíneos}} \times 100$
Índice de fraccionamiento	= $\frac{\text{Número de unidades producidas}}{\text{Total de donaciones efectivas}} \times 100$
Porcentaje de componentes sanguíneos obtenidos por aféresis	= $\frac{\text{Número de componentes sanguíneos por aféresis}}{\text{Total de componentes sanguíneos}} \times 100$
Porcentaje de muestras sometidas a tamizaje serológico	= $\frac{\text{Número muestras sometidas a tamizaje serológico}}{\text{Total de muestras recibidas para tamizaje serológico}} \times 100$
Porcentaje de casos reactivos en el tamizaje serológico	= $\frac{\text{Número de casos con serología reactiva}}{\text{Total de donantes sometidos a tamizaje serológico}} \times 100$
Porcentaje de muestras reactivas sometidas a NAT	= $\frac{\text{Número de muestras reactivas a NAT}}{\text{Total de muestras tamizadas}} \times 100$
Porcentaje de unidades de sangre según grupo ABO y factor Rh	= $\frac{\text{Número de unidades según grupo y factor}}{\text{Total de unidades efectivas}} \times 100$
Porcentaje de componentes sanguíneos descartados	= $\frac{\text{Número de componentes sanguíneos descartados}}{\text{Total de componentes sanguíneos obtenidos}} \times 100$
Porcentaje de componentes sanguíneos, descartados por tipo de componente sanguíneo	= $\frac{\text{Número de descartes por tipo de componente sanguíneo}}{\text{Total de componentes sanguíneos descartados}} \times 100$
Porcentaje de componentes sanguíneos descartados según causas.	= $\frac{\text{Número de descartes por tipo de componente sanguíneo según causas}}{\text{Total de componentes sanguíneos descartados}} \times 100$

Anexo 7.- Registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.

 Ministerio de Salud Pública República Dominicana	LOGOTIPO INSTITUCIONAL INSTITUCIÓN	SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL SERVICIO DE ANÁLISIS/ESTABLECIMIENTO DE SALUD Registro automatizado de Notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada	 República Dominicana															
RUTINA A. Datos del Banco de Sangre Donante		Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	Red pública: _____ Red Campesinista: _____ Banco de Sangre: _____ Hemocentro: _____ Centro de Colección: _____															
RUTINA B. Datos del Responsable de la Notificación de casos reactivos		Nombre del responsable: _____ Cargo e institución de adscripción: _____ Teléfono institucional: _____ Celular: _____	Más de repeticiones: _____ Fecha de elaboración: _____ (dd) / (mm) / (año)															
RUTINA C. Datos de la notificación de casos confirmados																		
N.º	Datos del donante			Datos de Donación			Datos del Testigo Serológico reactivo				Pruebas serológicas				Datos de Contacto y Referencia del donante reactiva			
	Identificación de preferencia	Código de identificación actual	Edad	Sexo	Presencia de fiebre	Fecha de donación	Tipos de donación	Fecha en la que se detectó la reactividad	Algunos valores en el serológico reactivo	Anty Abnormal	VDRL	RPR	Chagas	Chagas	Fecha de inicio de síntomas confirmados	Fecha de inicio de síntomas confirmados	Nombre del Establecimiento de Salud	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		


FIRMA DIGITAL DEL RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:
 FIRMA DIGITAL DEL BANCO DE SANGRE DOMINICANO
 NUP-BOBESIL25E.TORRE.14.54.NU10560C-08-01-2018



Anexo 8.- Lista de indicadores aplicables del registro automatizado de notificación mensual de donantes de sangre con serología reactiva confirmada.


Indicador	Cálculo del indicador
Porcentaje de donantes con serología reactiva según edad	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos según edad}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes con serología reactiva según sexo	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos según sexo}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes con serología reactiva según tipo de donante	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos según tipo de donante}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes con serología reactiva según tipo de donación	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos según tipo de donación}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes con serología reactiva según frecuencia de donación	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos según frecuencia de donación}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes reactivos confirmados por cada marcador infeccioso	= $\frac{\text{Número de donantes reactivos confirmados por marcador infeccioso}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de ubicación efectiva de donantes reactivos confirmados por el servicio de sangre	= $\frac{\text{Número de casos ubicados efectivamente por el servicio de sangre}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de asesoría efectiva a donantes reactivos confirmados	= $\frac{\text{Número de casos asesorados efectivamente}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$
Porcentaje de donantes referidos a un establecimiento de salud	= $\frac{\text{Número de casos referidos a un establecimiento de salud}}{\text{Total de donantes reactivos confirmados}} \times 100$

Anexo 9.- Registro de consumo diario de componentes sanguíneos



MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE



Dono Donante

Nombre del establecimiento de salud y municipio

Registro de consumo diario de componentes sanguíneos.

Mes:

CONSUMO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS POR DIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

COMPONENTE SANGUÍNEO	UNIDAD	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO
CGRE			
CORBCLP			
CORL			
CGRP			
CORBCLP			
CORPL			
COR			
CGRP			
CP			
CPA			
PPC			
CRIO			
PR			
BR			

ESTADO DE CONSUMO DIARIO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO	FRANQUIA DE CONSUMO	ESTADO

RESPONSABLE DEL REGISTRO: [Nombre]

[Firma]

Anexo 10.- Lista de indicadores aplicables a registro de consumo diario de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Promedio de uso de componentes sanguíneos	# Total componentes sanguíneos transfundidos
	# Total pacientes transfundidos
Utilización de componentes sanguíneos	# Total de componentes sanguíneos transfundidos
	# Total de componentes sanguíneos recibidos

Anexo 11.- Registro de consumo semanal de componentes sanguíneos

Comunidad Municipalidad Municipio	Código Municipalidad	Código Municipio	Consumo de componentes sanguíneos por semanas							Hospital	Semana de Muestra Consumo	TOTAL	Stock de lácteos anual	Stock de plasma anual	Stock de serum anual	Stock de plasma anual		
			1	2	3	4	5	6	7									
			8	9	10	11	12	13	14									
CGRE	A	A1																
CGRCL	A	A1																
CGRPL	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																
CGRSP	A	A1																
CGRSC	A	A1																
CGRSL	A	A1																
CGRSM	A	A1																
CGRST	A	A1																

RESPONSABLE DE REALIZAR EL CÁLCULO Y PARAMETRIZACIÓN DEL ÚTILE

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____

Cópias firmadas:

MARCO ANTONIO GARCÍA 25-A-RCEB 08-07-2016

Marco Antonio García

Anexo 12.- Lista de indicadores aplicables a registro de consumo diario de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Promedio de uso de componentes sanguíneos	# Total componentes sanguíneos transfundidos
	# Total pacientes transfundidos
Utilización de componentes sanguíneos	# Total de componentes sanguíneos transfundidos
	# Total de componentes sanguíneos recibidos X 100


0148-2016

Anexo 14.- Lista de indicadores aplicables a registro de consumo diario de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Promedio de uso de componentes sanguíneos	# Total componentes sanguíneos trasfundidos
	# Total pacientes transfundidos
Utilización de componentes sanguíneos	# Total de componentes sanguíneos transfundidos X 100
	# Total de componentes sanguíneos recibidos

0148-2016

Anexo 15.- Solicitud única de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor

 SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE SANGRE PROVEEDOR	
FECHA DE SOLICITUD: <input type="text"/>	
ZONA: <input type="text"/>	
PROVINCIA: <input type="text"/>	
DISTRITO: <input type="text"/>	
DEPARTAMENTO: <input type="text"/>	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: <input type="text"/>	
RED: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL:	
NOMBRE Y APELLIDO: <input type="text"/>	FIRMA: <input type="text"/>
C.I. <input type="text"/>	SELLO: <input type="text"/>
CÓDIGO PROFESIONAL: <input type="text"/>	
BLOQUE A. COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS	
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS ESTÁNDAR (CORE)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA (CORCL)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO (CORL)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO (CORP)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA (CORPCL)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO LEUCORREDUCIDO (CORPL)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADO (CIR)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICO IRRADIADO (CIRP)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS (CPA)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
CROPPRECIPITADO (CROP)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
PLASMA REFRIGERADO (PR)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
SANGRE RECONSTITUIDA (SR)	
GRUPO SANGUÍNEO: <input type="text"/>	TOTAL: <input type="text"/>
SOLICITADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
ENTREGADO: <input type="text"/>	ENTREGADO: <input type="text"/>
BLOQUE B. DATOS GENERALES DEL SERVICIO DE SANGRE QUE DESPACHA	
¿SE REALIZARON PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nº DE PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES REALIZADAS: <input type="text"/>
CATEGORÍA DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS EN LOS QUE SE REALIZARON PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES:	
OBSERVACIONES:	
FECHA DE DESPACHO: <input type="text"/>	
NOMBRE DEL SERVICIO DE SANGRE QUE DESPACHA: <input type="text"/>	
DESPACHADO POR:	
NOMBRE Y APELLIDO: <input type="text"/>	FIRMA Y SELLO: <input type="text"/>
CARGO: <input type="text"/>	
Copia 1: Programa Nacional de Sangre Copia 2: Servicio de Sangre Proveedor Copia 3: SANGRE PROVEEDOR	


Handwritten signature and initials

0148-2016

Anexo 16.- Lista de indicadores aplicables a la solicitud única de componentes sanguíneos al servicio proveedor


Indicador	Cálculo del indicador
Solicitudes de Componentes sanguíneos al proveedor de emergencia	# Total de solicitudes de existencias de emergencia realizadas al proveedor
	$\frac{\text{# Total de solicitudes de existencias realizadas al proveedor}}{\text{# Total de solicitudes de existencias realizadas al proveedor}} \times 100$
Satisfacción de demanda transfusional	#Total de componentes sanguíneos transfundidos
	$\frac{\text{# Total de componentes sanguíneos transfundidos}}{\text{# Total de componentes sanguíneos solicitados}} \times 100$
Componentes sanguíneos Ingresados	# Total de componentes sanguíneos ingresados
	$\frac{\text{# Total de componentes sanguíneos ingresados}}{\text{# Total de componentes sanguíneos solicitados}} \times 100$

Anexo 17.- Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos



Ministerio de Salud Pública

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO
SOLICITUD INTRAHOSPITALARIA DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



Donor Blood

FECHA DE SOLICITUD: / /

HORA: :

Nº DE SOLICITUD:

APellidos y Nombres:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: PASAPORTE:

NACIONALIDAD:

DIAGNÓSTICO CIE 10:

MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN:

SERVICIO:

HISTORIA CLÍNICA:

FORMULARIO DE EMERGENCIA:

EDAD: SEXO: M F PESO (Kg):

CÓDIGO CIE 10:

CÓDIGO CIE 10:

APILIADO A:

SEGURO ISSFA: SI NO

SEGURO ISSPOL: SI NO

SEGURO GENERAL: SI NO

SEGURO VOLUNTARIO: SI NO

SEGURO CAMPESINO: SI NO

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE:

CLÍNICO: CLÍNICO:

QUIRÚRGICO: QUIRÚRGICO:

NEONATOLÓGICO: NEONATOLÓGICO:

GINECO-OBSTÉTRICO: GINECO-OBSTÉTRICO:

2.- AFECCIONES TRANSFUSIONALES

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI NO

TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN ANTERIOR: DE 2 MESES SI NO

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI NO

3. DATOS DE LABORATORIO ACTUALES

HEMOGLOBINA: PLAQUETAS: TP:

OTROS:

4. TIPO Y NÚMERO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS SOLICITADOS

COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS	COMPONENTE SANGUÍNEO	NÚMERO	LETRAS
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR			CONCENTRADO DE PLASQUETAS		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			CONCENTRADO DE PLASQUETAS POR AFERESIS		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO			PLASMA FRESCO CONGELADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICO			CRISTALIZADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICO SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA			PLASMA REFRIGERADO		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDO PEDIÁTRICO			SANGRE RECONSTITUIDA		
CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS IRADIADOS			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), excepto 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:

SELLA:

7. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD.

PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

C.I.: CÓDIGO PROFESIONAL:

FECHA: / / HORA: :

RESPONSABLE:

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

USP UNIDAD FORMACIÓN DE BLS-2015

Anexo 18.- Lista de indicadores aplicables a la Solicitud intrahospitalaria de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Componentes sanguíneos alistados	Número Total de componentes sanguíneos alistados
	Número Total de componentes sanguíneos transfundidos
Componentes sanguíneos despachados	Número Total de componentes sanguíneos despachados por el SMT
	$\frac{\text{Número Total de componentes sanguíneos despachados por el SMT}}{\text{Número Total de componentes sanguíneos solicitados por los servicios del establecimiento de salud}} \times 100$
Promedio de uso de componentes sanguíneos	Número Total componentes sanguíneos trasfundidos
	Número Total pacientes transfundidos
Utilización de componentes sanguíneos	Número Total de componentes sanguíneos transfundidos
	$\frac{\text{Número Total de componentes sanguíneos transfundidos}}{\text{Número Total de componentes sanguíneos recibidos}} \times 100$

Anexo 19.- Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas

0148-2016

10/10
10/10

		DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL REPORTE: NOMBRES Y APELLIDO: N° CÉDULA DE IDENTIDAD: CÓDIGO PROFESIONAL: FIRMA Y SELLO:									
PREVENCIÓN DE INFECCIÓN											
N°	Apellidos y Nombres	Servicio Hospitalario	Identificación del paciente	N° de identificación	Sexo	Edad	Fecha de admisión (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	Agente de contacto	Transfusión Anticuerpos	Categorización del paciente
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
Total											

Ortiz
10/10

0148-2016

Anexo 20.- Lista de indicadores aplicables a Registro diario automatizado de transfusiones sanguíneas

Indicador	Cálculo del indicador
Pacientes transfundidos	$\frac{\# \text{Total de pacientes transfundidos}}{\# \text{ Total de pacientes ingresados al establecimiento de salud}} \times 100$
Transfusiones por edad	$\frac{\# \text{Total de pacientes transfundidos según edad}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$
Transfusiones por categoría del receptor	$\frac{\# \text{Total pacientes transfundidos según categoría}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$
Transfusiones aplazadas por falta de componentes sanguíneos	$\frac{\# \text{ Total de transfusiones aplazadas por falta de componentes sanguíneos}}{\# \text{ Total de solicitudes de componentes sanguíneos realizadas}} \times 100$
Reacción adversa a la transfusión.	$\frac{\# \text{ Total reacciones adversas presentadas}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$

Anexo 21.- Registro mensual de transfusiones sanguíneas

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 PROCESAMIENTO NACIONAL DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS
 MINISTERIO DEL DESARROLLO SOCIAL
 REGISTRO MENSUAL DE TRANSFUSIONES

INSTITUCIÓN: _____
 CANTON: _____
 PROVINCIA: _____
 MUNICIPIO: _____

N° DE TRANSFUSIONES: _____
 N° DE DONANTES: _____
 N° DE UNIDADES: _____
 N° DE PRODUCTOS: _____

N° DE PRODUCTOS: _____
 N° DE UNIDADES: _____
 N° DE TRANSFUSIONES: _____
 N° DE DONANTES: _____

MES	MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES	TRANSFUSIONES	DONANTES
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																
51																
52																
53																
54																
55																
56																
57																
58																
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																
89																
90																
91																
92																
93																
94																
95																
96																
97																
98																
99																
100																

BLDGUE C: DATOS DE HISTORIA DE STOCK DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSPLANTOLÓGICA

BLDGUE B: DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSPLANTOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS

- * DE INSTRUCTORES DE EMERGENCIAS ASISTIDAS EN MATERIA DE TRANSPLANTACIÓN
- * DE SOLICITANTES PARTICIPANTES REALIZANDO EL SERVICIO DE TRANSPLANTES
- * DE COMPONENTES Y UNIDADES ASISTIDAS EN MATERIA DE TRANSPLANTACIÓN
- * DE TRANSPLANTES REALIZADOS ASISTIDOS DESDE EL SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN
- * DE RESULTADO FINAL PARTICULAR DE CADA UNO DE LOS CASOS

N° IDENTIFICACION

PROFESIONAL

SEXO Y EDAD

BLDGUE F: DATOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSPLANTOLÓGICA

SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN		SERVICIO DE TRANSPLANTACIÓN	
FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE	FECHA	TIPO DE TRANSPLANTE
1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2		2		2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3		3		3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5		5		5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6		6		6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7		7		7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8		8		8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9		9		9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10		10		10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11		11		11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12		12		12		12		12		12		12	
13		13		13		13		13		13		13		13		13		13		13	
14		14		14		14		14		14		14		14		14		14		14	
15		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
16		16		16		16		16		16		16		16		16		16		16	
17		17		17		17		17		17		17		17		17		17		17	
18		18		18		18		18		18		18		18		18		18		18	
19		19		19		19		19		19		19		19		19		19		19	
20		20		20		20		20		20		20		20		20		20		20	
21		21		21		21		21		21		21		21		21		21		21	
22		22		22		22		22		22		22		22		22		22		22	
23		23		23		23		23		23		23		23		23		23		23	
24		24		24		24		24		24		24		24		24		24		24	
25		25		25		25		25		25		25		25		25		25		25	
26		26		26		26		26		26		26		26		26		26		26	
27		27		27		27		27		27		27		27		27		27		27	
28		28		28		28		28		28		28		28		28		28		28	
29		29		29		29		29		29		29		29		29		29		29	
30		30		30		30		30		30		30		30		30		30		30	

amcarf@td
d

BLOQUE O. NACIONALIDAD DE LOS USUARIOS.			BLOQUE H. AFILIACIÓN DE LOS USUARIOS.			BLOQUE I. PRINCIPALES MOTIVOS DE TRANSFERENCIA BARRIOBA.		
Nº DE ORDEN	NACIONALIDAD	Nº DE CASOS	AFILIACIÓN A LOS AFILIADOS	Nº DE CASOS	TIPO DE CASOS	Nº DE CASOS	TIPO DE CASOS	Nº DE CASOS
1	EQUATORIANO	0	SEGURO IGFA	0	1	0	1	0
2	EQUATORIANO	11	SEGURO ESTOL	0	2	0	2	0
3	PERUANO	0	ISSS SEGURO GENERAL	0	3	0	3	0
4	COLOMBIANO	0	ISSS SEGURO VOLUNTARIO	0	4	0	4	0
5	OTRO	0	ISSS SEGURO CAMPESINO	0	5	0	5	0
			AFILIADO	0	6	0	6	0
			NO AFILIADO	0	7	0	7	0
			SEGURO PRIVADO	0	8	0	8	0
			SEGURO PUBLICO	0	9	0	9	0
			OTRO	0	10	0	10	0
TOTAL		0	TOTAL	0	TOTAL	0	TOTAL	0

BLOQUE J. REACCIÓN ADVERSA TRANSFERENCIAL			TABLA D		
Nº DE ORDEN	TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	Nº DE CASOS	Nº DE CASOS	TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	Nº DE CASOS
1	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	10	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
2	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	11	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
3	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	12	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
4	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	13	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
5	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	14	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
6	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	15	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
7	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	16	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
8	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0	17	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
			18	REACCIÓN TIPO DE REACCIÓN ADVERSA	0
SUBTOTAL		0	SUBTOTAL	SUBTOTAL	0

BLOQUE K. PRINCIPALES CAUSAS DE DESCARTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS													BLOQUE L. PRINCIPALES CAUSAS DE DEVOLUCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS		
Nº	CAUSAS DE DESCARTE	MP 100	MP 130P	MP 16L	MP 16CP	MP 17	MP 18	MP 19	MP 20	MP 21	MP 22	MP 23	TOTAL	CAUSAS DE DEVOLUCIÓN	TOTAL
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
1	FÉRMEN DE CASCINA DE RISO												0		0
2	RUPTURAS												0		0
3	CACAJIDAD												0		0
4	OTRAS CAUSAS*	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0
5													0		0
6													0		0
7													0		0
8													0		0
9													0		0
SUB-TOTALES		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
TOTAL DESCARTADOS													TOTAL		
													0		

Handwritten signature and initials

Anexo 22.- Lista de indicadores aplicables a Registro mensual de transfusiones sanguíneas

Indicador	Cálculo del indicador
Pacientes transfundidos	$\frac{\# \text{Total de pacientes transfundidos}}{\# \text{ Total de pacientes ingresados al establecimiento de salud}} \times 100$
Transfusiones por edad	$\frac{\# \text{Total de pacientes transfundidos según edad}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$
Transfusiones por categoría del receptor	$\frac{\# \text{Total pacientes transfundidos según categoría}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$
Transfusiones aplazadas por falta de componentes sanguíneos	$\frac{\# \text{ Total de transfusiones aplazadas por falta de componentes sanguíneos}}{\# \text{ Total de solicitudes de componentes sanguíneos realizadas}} \times 100$
Reacción adversa a la transfusión.	$\frac{\# \text{ Total reacciones adversas presentadas}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$
Devolución de componentes sanguíneos.	$\frac{\# \text{ Total de devoluciones}}{\# \text{ Total de componentes recibidos.}} \times 100$
Descarte de componentes sanguíneos	$\frac{\# \text{ Total de componentes sanguíneos descartados.}}{\# \text{ Total de componentes sanguíneos recibidos.}} \times 100$
Componentes sanguíneos cruzados	$\frac{\# \text{ Total de componentes sanguíneos cruzados.}}{\# \text{ Total componente sanguíneos solicitados}}$

0148-2016

Anexo 23.- Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO																																																							
REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL																																																									
1. REGISTRO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS UNO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL																																																									
FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: _____ FECHA DE DISPATCHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS: _____ PROXIMIDAD DE DESPACHO: <input type="checkbox"/> AUNTAR <input type="checkbox"/> FUERA DE AURA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA VITAL <input type="checkbox"/>																																																									
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR																																																									
NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NOTARIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> PERÍODO: _____ MOTIVO DE LA TRANSFUSIÓN: _____ CÓDIGO DE ID: _____ TRANSFUSIONES ANTERIORES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSA TRANSFUSIONALES PREVIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HISTORIA DE TRANSFUSIONES ANTERIORES: _____																																																									
1.2. COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO (1)</th> <th colspan="6">DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR</th> </tr> <tr> <th>INDICACIÓN (1 y 2)</th> <th>TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO</th> <th>GRUPO ABO/RH</th> <th>COEFICIENTE</th> <th>VOLUMEN (ML)</th> <th>FECHA DE CAPTURA (25/01/2016)</th> <th>GRUPO SANGUÍNEO</th> <th>SANGRANEO ANIO</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>COEFICIENTE DIRECTO</th> <th>PRUEBAS PREVIAS</th> <th>ENVIO PREVIAS DE ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES</th> <th>IDENTIFICACIÓN DEL ANTECEDENTE RECIBIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: _____</td> <td colspan="6">RESERVACIONES: _____</td> </tr> </tbody> </table>				DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO (1)						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR						INDICACIÓN (1 y 2)	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	COEFICIENTE	VOLUMEN (ML)	FECHA DE CAPTURA (25/01/2016)	GRUPO SANGUÍNEO	SANGRANEO ANIO	FECHA DE INICIO	COEFICIENTE DIRECTO	PRUEBAS PREVIAS	ENVIO PREVIAS DE ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTECEDENTE RECIBIDO														TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: _____						RESERVACIONES: _____									
DATOS DEL COMPONENTE SANGUÍNEO (1)						DATOS PRETRANSFUSIONALES DEL PACIENTE/RECEPTOR																																																			
INDICACIÓN (1 y 2)	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO/RH	COEFICIENTE	VOLUMEN (ML)	FECHA DE CAPTURA (25/01/2016)	GRUPO SANGUÍNEO	SANGRANEO ANIO	FECHA DE INICIO	COEFICIENTE DIRECTO	PRUEBAS PREVIAS	ENVIO PREVIAS DE ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES	IDENTIFICACIÓN DEL ANTECEDENTE RECIBIDO																																													
TOTAL DE COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS: _____						RESERVACIONES: _____																																																			
1.3. DATOS DE ENVÍO DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS																																																									
ENVIADO POR: _____ FECHA: _____ HORA: _____ FIRMA: _____ TRANSPORTADO POR: _____ FECHA: _____ HORA: _____ FIRMA: _____ RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____ HORA: _____ FIRMA: _____																																																									
UNO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE TRANSFUNDE 1.4. SEGUIMIENTO DEL PROCESO TRANSFUSIONAL																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">FECHA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN</th> <th rowspan="2">TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO</th> <th rowspan="2">FECHA DE ADMINISTRACIÓN</th> <th rowspan="2">VOLUMEN (ML)</th> <th colspan="3">TEMPERATURA (°C)</th> <th colspan="3">TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)</th> <th colspan="3">PROTEÍNA C-REACTIVA (mg/dL)</th> <th colspan="3">HEMOGLOBINA (g/dL)</th> <th rowspan="2">TIPO DE TRANSFUSIÓN</th> <th rowspan="2">TIPO DE TRANSFUSIÓN</th> <th rowspan="2">TIPO DE TRANSFUSIÓN</th> <th rowspan="2">TIPO DE TRANSFUSIÓN</th> <th rowspan="2">TIPO DE TRANSFUSIÓN</th> </tr> <tr> <th>ANTES</th> <th>DEBIDO</th> <th>DESPUES</th> <th>ANTES</th> <th>DEBIDO</th> <th>DESPUES</th> <th>ANTES</th> <th>DEBIDO</th> <th>DESPUES</th> <th>ANTES</th> <th>DEBIDO</th> <th>DESPUES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				FECHA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	FECHA DE ADMINISTRACIÓN	VOLUMEN (ML)	TEMPERATURA (°C)			TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			PROTEÍNA C-REACTIVA (mg/dL)			HEMOGLOBINA (g/dL)			TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES																					
FECHA DE INICIO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	FECHA DE ADMINISTRACIÓN	VOLUMEN (ML)					TEMPERATURA (°C)			TENSIÓN ARTERIAL (mmHg)			PROTEÍNA C-REACTIVA (mg/dL)			HEMOGLOBINA (g/dL)								TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN	TIPO DE TRANSFUSIÓN																												
				ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES	ANTES	DEBIDO	DESPUES																																										
2. NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) 2.1. MOMENTO EN QUE SE PRESENTÓ LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL																																																									
DURANTE LA TRANSFUSIÓN: <input type="checkbox"/> POSTRANSFUSIÓN: <input type="checkbox"/> HORA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL: _____																																																									
2.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS PRESENTADOS																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANITILARIA</th> <th>EDUCACIÓN INTERASOCIAR</th> <th>FIEBRE</th> <th>HEPATOMEGALIA</th> <th>HAEMATURIA</th> <th>HAEMATURIA</th> <th>HAEMATURIA</th> <th>HAEMATURIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				ANITILARIA	EDUCACIÓN INTERASOCIAR	FIEBRE	HEPATOMEGALIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
ANITILARIA	EDUCACIÓN INTERASOCIAR	FIEBRE	HEPATOMEGALIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA	HAEMATURIA																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
2.3. OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PACIENTE																																																									
ANTECEDENTES OBSTETRICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nº DE GESTACIONES: _____ Nº DE PARTOS: _____ Nº DE ABORTOS: _____ ANTECEDENTES QUÍMICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COMORBIDADES PATOLÓGICAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																									
3. DEPOSITO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL																																																									
COMPONENTE SANGUÍNEO DEVUELTO: _____ CÓDIGO: _____ CAUSA: _____ TEMPERATURA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ DEPOSITO POR (MÉDICO RESPONSABLE): _____ FIRMA: _____ RECIBIDO POR: _____ FIRMA: _____ RESPONSABLE DE RESERVACIONES: _____ FIRMA: _____																																																									
4. RESPONSABLES																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESPONSABLE DEL RAT</th> <th>RESPONSABLE DEL FACTO DE LA TRANSFUSIÓN</th> <th>RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CÓDIGO PROFESIONAL: _____</td> <td>CÓDIGO PROFESIONAL: _____</td> <td>CÓDIGO PROFESIONAL: _____</td> </tr> <tr> <td>FIRMA Y SELLO: _____</td> <td>FIRMA Y SELLO: _____</td> <td>FIRMA Y SELLO: _____</td> </tr> </tbody> </table>				RESPONSABLE DEL RAT	RESPONSABLE DEL FACTO DE LA TRANSFUSIÓN	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN	CÓDIGO PROFESIONAL: _____	CÓDIGO PROFESIONAL: _____	CÓDIGO PROFESIONAL: _____	FIRMA Y SELLO: _____	FIRMA Y SELLO: _____	FIRMA Y SELLO: _____																																													
RESPONSABLE DEL RAT	RESPONSABLE DEL FACTO DE LA TRANSFUSIÓN	RESPONSABLE DEL FIN DE LA TRANSFUSIÓN																																																							
CÓDIGO PROFESIONAL: _____	CÓDIGO PROFESIONAL: _____	CÓDIGO PROFESIONAL: _____																																																							
FIRMA Y SELLO: _____	FIRMA Y SELLO: _____	FIRMA Y SELLO: _____																																																							

201
 @ amey
 de

0148-2016



PEGUE AQUÍ LAS ETIQUETAS

SEPTIEMBRE 2016

0148-2016



Anexo 24.- Lista de indicadores aplicables a Registro de transfusión de componentes sanguíneos y notificación de reacción adversa transfusional

Indicador	Cálculo del indicador
Componentes sanguíneos alistados	# Total de componentes sanguíneos alistados
	# Total de componentes sanguíneos transfundidos
Componentes sanguíneos despachados	# Total de componentes sanguíneos despachados por el SMT
	# Total de componentes sanguíneos solicitados por los servicios del establecimiento de salud x 100
Promedio de uso de componentes sanguíneos	# Total componentes sanguíneos transfundidos
	# Total pacientes transfundidos

ameof

 203


Anexo 25.- Formulario para la investigación de la reacción adversa transfusional

 <p>SISTEMA NACIONAL DE SANGRE PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL</p> 			
Fecha: _____ Hora: _____			
1. IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR			
NOMBRES Y APELLIDOS: _____		HP DE SOLICITO: _____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE VERIFICACIÓN <input type="checkbox"/> AN DE IDENTIFICACIÓN: _____	FECHA DE TRANSFUSIÓN: _____		
PROBANDO DE LA TRANSFUSIÓN: _____		FECHA DE INICIO DE REACCIÓN ADVERSA: _____	
NOVA DE RHO DE REACCIÓN ADVERSA: _____		FECHA DE RHO DE REACCIÓN ADVERSA: _____	
2. INVESTIGACIÓN			
EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VIA DE ADMINISTRACIÓN: PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/>	SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS MANIFESTADOS	
CATEGORÍA DE COMPONENTE SANGUÍNEO RELACIONADO: _____	CÓDIGO: _____		
GRUPO ABO/RH: _____	FECHA DE CADUCIDAD: _____		
FLUJO CONCOMITANTES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____		
MECANISMOS CONCOMITANTES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR: _____		
ENVÍO BOLSA DE COMPONENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INMUNIZACIONES SANGUÍNEAS ENVIADAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
PRETRASFUSIONAL: _____	POSTRASFUSIONAL: _____	TRATAMIENTO MÉDICO ADJUNTADO (antihistamínicos y medicamentos sintomáticos)	
ANÁLISIS LABORATORIAL A LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS Y MUESTRAS DEL PACIENTE			
COMPONENTE SANGUÍNEO		MUESTRAS SANGUÍNEAS DEL PACIENTE	
EXAMEN REALIZADO AL COMPONENTE SANGUÍNEO	RESULTADOS	EXAMEN REALIZADO A LA MUESTRA SANGUÍNEA DEL PACIENTE/RECEPTOR	RESULTADOS
ANÁLISIS ANTICUERPOS IRREGULARES	PRE-TRANSFUSIÓN	ANÁLISIS ANTICUERPOS IRREGULARES	PRE-TRANSFUSIÓN
CODIVERS DIRECTO	POSTRANSFUSIÓN	CODIVERS DIRECTO	POSTRANSFUSIÓN
PRUEBAS CRUZADAS	POSTRANSFUSIÓN	PRUEBAS CRUZADAS	POSTRANSFUSIÓN
EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS			

¿ (SE LA SOLICITO DE TRANSFUSIÓN COMITAN LOS DATOS NECESARIOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS) _____			
¿ (SE REALIZARON LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD) _____			
¿ (SE EFECTUARON LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD COMPLETAS) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO CUMPLIÓ CON EL PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTET) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO RESECCIONADO SE CONSERVÓ A LA TEMPERATURA ADECUADA HASTA LA ADMINISTRACIÓN AL PACIENTE/RECEPTOR) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO FUE TRANSFUNDIDO SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA) _____			
LA REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL SE EJECUTÓ EN EL HORARIO: JUEVES A VIERNES: _____			
VIERNES A DOMINGO: _____			
DOMINGO A MARTES: _____			
3. IDENTIFICACIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA			
OBSERVACIONES:			
¿ (SE EFECTUARON LAS PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO CUMPLIÓ CON EL PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTET) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO RESECCIONADO SE CONSERVÓ A LA TEMPERATURA ADECUADA HASTA LA ADMINISTRACIÓN AL PACIENTE/RECEPTOR) _____			
¿ (EL COMPONENTE SANGUÍNEO FUE TRANSFUNDIDO SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA) _____			
3.1. IDENTIFICACIÓN DE LA RAT			
SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA TRANSFUSIÓN Y EL ACONTECIMIENTO DE LA RAT: _____			
REACCIÓN FEBRIL NO HEMOLÍTICA _____	REACCIÓN ANAFILÁCTICA _____	REACCIÓN HEMOLÍTICA TARDÍA _____	INSPECCIÓN BACTERIANA _____
REACCIÓN HEMOLÍTICA AGUDA _____	REACCIÓN ALÉRGICA _____	REACCIÓN TRANSFUSIONAL ENTENDEDA SUJETO CONTRA HEMEROS (SERO) _____	INSPECCIÓN VIRAL _____
HEMÓLISIS NO HEMOLÍTICA _____	SOBRECARGA TRANSFUSIONAL _____	SUPERINFECCIÓN _____	INSPECCIÓN PARASITARIA _____
EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO (TRAI) _____	SEPSIS _____		INSPECCIÓN DE HIERRO _____
OTRAS DESCRIPCIÓN _____			
4. ACCIONES CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR			

5. RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN			
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN: _____		FIRMA Y SELLO: _____	
CÓDIGO PROFESIONAL: _____			

0148-2016

Anexo 26.- Lista de indicadores aplicables al formulario para la investigación de la reacción adversa transfusional

Indicador	Cálculo del indicador
Tipo de reacción adversa	$\frac{\# \text{ Total de reacción adversa transfusionales según caso}}{\# \text{ Total de reacciones adversas transfusionales presentadas}} \times 100$
	$\frac{\# \text{ Total reacciones adversas presentadas}}{\# \text{ Total de pacientes transfundidos}} \times 100$

205
de

0148-2016

Anexo 28.- Lista de indicadores aplicables a Registro de ingreso de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Componentes sanguíneos Ingresados	$\frac{\# \text{ Total de componentes sanguíneos ingresados}}{\# \text{ Total de componentes sanguíneos solicitados}} \times 100$

207
207

Anexo 29.- Registro de devolución de componentes sanguíneos al servicio de sangre proveedor

FECHA DE RECEPCIÓN (dd/mm/aaaa)	HORA DE RECEPCIÓN (hh/mm)	FECHA DE DEVOLUCIÓN (dd/mm/aaaa)	HORA DE DEVOLUCIÓN (hh/mm)	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO	Nº DE FOLIO	FECHA DE CADUCIDAD (dd/mm/aaaa)	CAUSA DE DEVOLUCIÓN

RECEPTOR: NOMBRE: _____ CARGO: _____ FECHA: _____ NÚM.: _____	MIEMBRO PDC: NOMBRE: _____ CARGO: _____ FECHA: _____ NÚM.: _____
--	---

PLAN DE CALIDAD Y CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO DE SANGRE
 VIGILADO POR LA INSTITUCIÓN

0148-2016

Anexo 30.- Lista de indicadores aplicables a Registro de devolución de componentes sanguíneos a servicio de sangre proveedor

Indicador	Cálculo del indicador
Devolución de componentes sanguíneos.	$\frac{\# \text{ Total de componente sanguíneos devueltos}}{\# \text{ Total de componentes receptados.}} \times 100$

Anexo 33.- Lista de indicadores aplicables a Registro de pruebas de compatibilidad sanguínea y despacho de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Componentes sanguíneos cruzados	# Total de componentes sanguíneos cruzados.
	# Total componente sanguíneos solicitados
Despacho de componentes sanguíneos a otros servicios de sangre	# Total de componentes sanguíneos despachados a otros servicios de sangre
	#Total de componentes sanguíneos egresados en el SMT x 100

Anexo 34.- Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud



Ministerio de Salud Pública

AQUI LOGO DE LA INSTITUCIÓN

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE

REGISTRO DE DESPACHO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS HACIA OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO



FECHA DE ENVÍO dd/mm/aaaa	HORA DE ENVÍO (hh:mm)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE SOLICITA EL COMPONENTE SANGUÍNEO	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GENERO Año/ In	CÓDIGO	FECHA DE EXTRACCIÓN dd/mm/aaaa	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaaa	LE DE TRAYE	OBSERVACIONES

DESPECIADO POR:

RECIBI CONFIRME:

NOMBRE: _____
 CARGO: _____
 FIRMA: _____
 SELLO: _____
 MISR-DISEÑOS-FUS-FORM 33- RDC03028-06-01-2016

Handwritten signature/initials

Anexo 35.- Lista de indicadores aplicables a Registro de despacho de componentes sanguíneos hacia otro establecimiento de salud

Indicador	Cálculo del indicador
Despacho de componentes sanguíneos a otros servicios de sangre	$\frac{\# \text{ Total de componentes sanguíneos despachados a otros servicios de sangre}}{\# \text{ Total de componentes sanguíneos egresados en el SMT}} \times 100$

Anexo 36.- Registro de intercambio sanguineos



Ministerio de Salud Pública

AGENCIAS INSTITUCIONALES

**SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE**
MONITOREO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNIDAD DE
REGISTRO DE INTERCAMBIO DE COMPONENTES SANGUINEOS



ESTABL. SANGRE (N°)	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNIDAD DE SANGRE	DIRECCION	CANTON	PROV.	REG. N°	FECHA DE AUTORIZACION	FECHA DE OTORGA	FECHA DE CADUCIDAD	TIPO DE CAMBIO (SANGRE/PLASMA)	FORMA DE CAMBIO (SANGRE/PLASMA)	VOL. DE SANGRE (SANGRE/PLASMA)	VOL. DE PLASMA (SANGRE/PLASMA)	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	CENTRO DE ENTREGA (SANGRE/PLASMA)	CENTRO DE RECEPCION (SANGRE/PLASMA)	MUNICIPIO	PROV.	REG. N°	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	MUNICIPIO	PROV.	REG. N°	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE RECEPCION	MUNICIPIO	PROV.	REG. N°								
																														ESTABL. SANGRE (N°)	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNIDAD DE SANGRE	DIRECCION	CANTON	PROV.	REG. N°	FECHA DE AUTORIZACION	FECHA DE OTORGA

ESTABLECIMIENTO

REG. N°

FECHA

MUNICIPIO

ESTABLECIMIENTO

REG. N°

FECHA

MUNICIPIO

ESTABLECIMIENTO

REG. N°

FECHA

MUNICIPIO

ESTABLECIMIENTO

REG. N°

FECHA

MUNICIPIO

215

ambry

Anexo 37.- Registro de descarte de componentes sanguíneos



Ministerio de Salud Pública

Actualizado
Institución

**SISTEMA NACIONAL DE SANGRE
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UNICÓDIGO
REGISTRO DE DESCARTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.**



FECHA dd/mm/aaaa	TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO	GRUPO ABO / RH	CÓDIGO	FECHA DE CADUCIDAD dd/mm/aaa	CAUSA DE DESCARTE	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL DESCARTE (Nombres y Apellidos)	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL SMIT (Nombres y Apellidos, Firma y sello)

MSP-DISCAS-MS FORM 15-REC03-06-01-2015

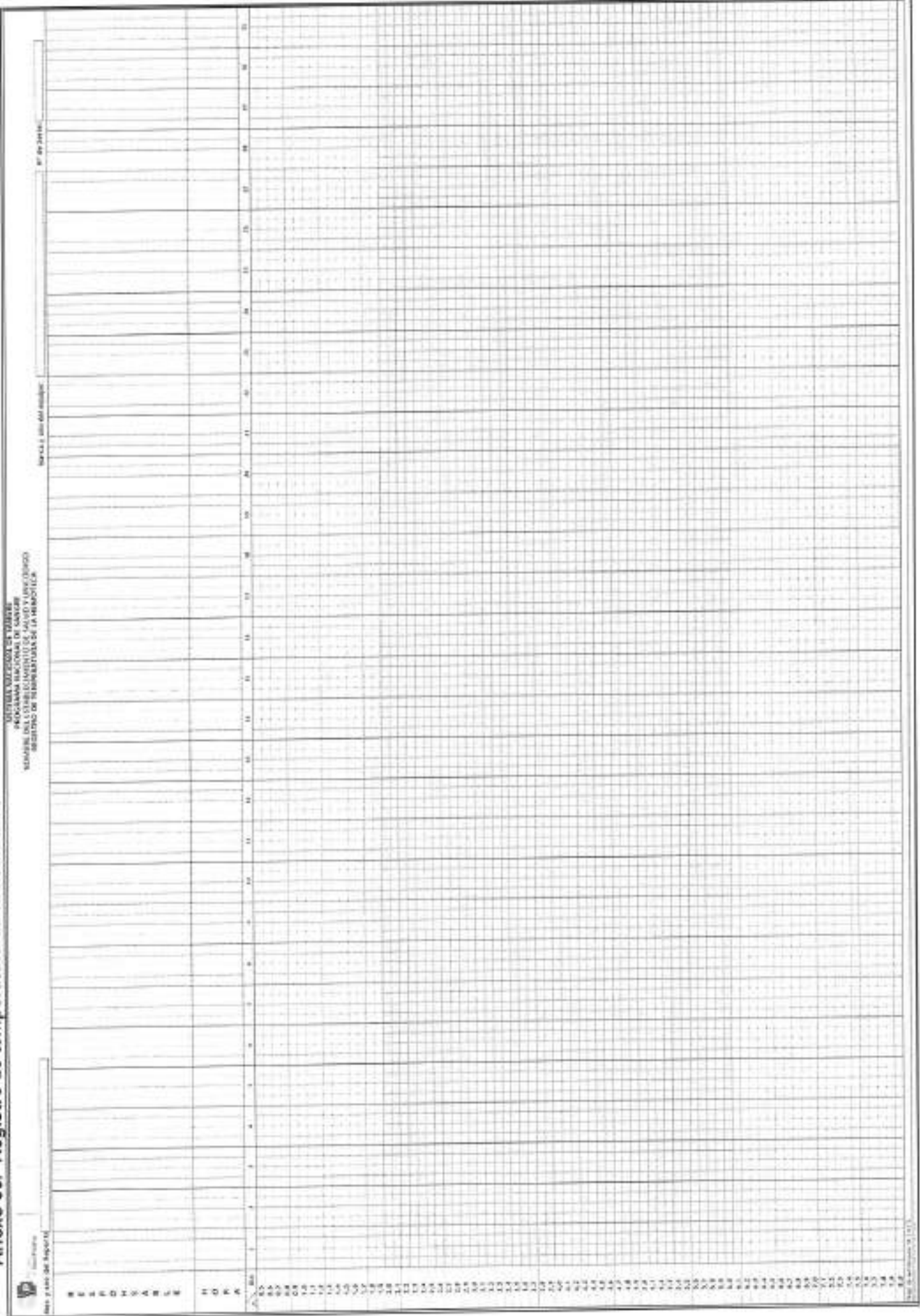
0148-2016

Anexo 38.- Lista de indicadores aplicables a registro de descarte de componentes sanguíneos

Indicador	Cálculo del indicador
Descarte de componentes sanguíneos	# Total de componentes sanguíneos descartados.
	# Total de componentes sanguíneos recibidos. X 100

217
emad

Anexo 39. - Registro de temperatura de la hemoteca



12/2016

0148-2016

MINISTRO DE LA REGION DE TEMUCO DE LA UNIVERSIDAD DE TEMUCO

INSTITUTO NACIONAL DE LA ENERGIA

INSTITUTO NACIONAL DE LA ENERGIA
MINISTERIO DE LA REGION DE TEMUCO
UNIVERSIDAD DE TEMUCO

Forma 1 del 01 de agosto

de 2016

de 2016

01/20/16
[Signature]

Anexo 41.- Registro de temperatura del congelador

INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD
PROGRAMA NACIONAL DE SANIDAD
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y HOSPITAL
REGISTRO DE TEMPERATURA DEL CONGELADOR

Fecha de inicio

Medio y tipo del refrigerante

Fecha de inicio del Registro

INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD

Handwritten initials/signature

0148-2016

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD
REGISTRO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Fecha y año del reporte:

Nombre del establecimiento de salud y municipio
Registro de Terapias Alternativas

Marca y año del equipo:

Por de Salud:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Handwritten signature

Anexo 43.- Registro de temperatura del agitador/cámara de plaquetas

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD ORGANISMO NACIONAL DE SALUD MINISTERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y BIENESTAR REGISTRO DE TEMPERATURA DEL AGITADOR/CÁMARA DE PLAQUETAS		Marca y año del equipo		Nº del Serie	
Nombre del responsable					
D I A H O R A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
A. DIA 19.1 19.2 19.3 19.4 19.5 19.6 19.7 19.8 19.9 20.1 20.2 20.3 20.4 20.5 20.6 20.7 20.8 20.9 21.1 21.2 21.3 21.4 21.5 21.6 21.7 21.8 21.9 22.0 22.1 22.2 22.3 22.4 22.5 22.6 22.7 22.8 22.9 23.0 23.1 23.2 23.3 23.4 23.5 23.6 23.7 23.8 23.9 24.0 24.1 24.2 24.3 24.4 24.5 24.6 24.7 24.8 24.9 25.0					

Ligero

0148-2016

PROYECTO DE INGENIERIA DE TEMPERATURA DEL TERMOLOGO

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICA
DIRECCION DE ESTADISTICA DE SERVICIOS

Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
240																									
235																									
230																									
225																									
220																									
215																									
210																									
205																									
200																									
195																									
190																									
185																									
180																									
175																									
170																									
165																									
160																									
155																									
150																									
145																									
140																									
135																									
130																									
125																									
120																									
115																									
110																									
105																									
100																									
95																									
90																									
85																									
80																									
75																									
70																									
65																									
60																									
55																									
50																									
45																									
40																									
35																									
30																									
25																									
20																									
15																									
10																									
5																									
0																									

0148-2016

Anexo 45.- Registro de temperatura del baño maría

SISTEMA NACIONAL DE MANEJO
PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE
HOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y UFFICINARIO
REGISTRO DE TEMPERATURA DEL BAÑO MARÍA

NOMBRE DEL RESPONSABLE:		MATERIA Y LUGAR DEL SUCCO:		DÍA DE TOMA:	
FECHA	HORA	TEMPERATURA (°C)	TEMPERATURA (°C)	TEMPERATURA (°C)	TEMPERATURA (°C)
1	1	34.0	34.0	34.0	34.0
1	2	34.0	34.0	34.0	34.0
1	3	34.0	34.0	34.0	34.0
1	4	34.0	34.0	34.0	34.0
1	5	34.0	34.0	34.0	34.0
1	6	34.0	34.0	34.0	34.0
1	7	34.0	34.0	34.0	34.0
1	8	34.0	34.0	34.0	34.0
1	9	34.0	34.0	34.0	34.0
1	10	34.0	34.0	34.0	34.0
1	11	34.0	34.0	34.0	34.0
1	12	34.0	34.0	34.0	34.0
1	13	34.0	34.0	34.0	34.0
1	14	34.0	34.0	34.0	34.0
1	15	34.0	34.0	34.0	34.0
1	16	34.0	34.0	34.0	34.0
1	17	34.0	34.0	34.0	34.0
1	18	34.0	34.0	34.0	34.0
1	19	34.0	34.0	34.0	34.0
1	20	34.0	34.0	34.0	34.0
1	21	34.0	34.0	34.0	34.0
1	22	34.0	34.0	34.0	34.0
1	23	34.0	34.0	34.0	34.0
1	24	34.0	34.0	34.0	34.0
1	25	34.0	34.0	34.0	34.0
1	26	34.0	34.0	34.0	34.0
1	27	34.0	34.0	34.0	34.0
1	28	34.0	34.0	34.0	34.0
1	29	34.0	34.0	34.0	34.0
1	30	34.0	34.0	34.0	34.0
1	31	34.0	34.0	34.0	34.0
1	32	34.0	34.0	34.0	34.0
1	33	34.0	34.0	34.0	34.0
1	34	34.0	34.0	34.0	34.0
1	35	34.0	34.0	34.0	34.0
1	36	34.0	34.0	34.0	34.0
1	37	34.0	34.0	34.0	34.0
1	38	34.0	34.0	34.0	34.0
1	39	34.0	34.0	34.0	34.0
1	40	34.0	34.0	34.0	34.0
1	41	34.0	34.0	34.0	34.0
1	42	34.0	34.0	34.0	34.0
1	43	34.0	34.0	34.0	34.0
1	44	34.0	34.0	34.0	34.0
1	45	34.0	34.0	34.0	34.0
1	46	34.0	34.0	34.0	34.0
1	47	34.0	34.0	34.0	34.0
1	48	34.0	34.0	34.0	34.0
1	49	34.0	34.0	34.0	34.0
1	50	34.0	34.0	34.0	34.0





Escala de temperatura de 37°C

Handwritten signature/initials

PROGRAMA NACIONAL DE LA OMS
NACIONAL DEL SEPARAMIENTO DE SALUD Y UNICODADO
RESERVA DE TEMPERATURA DEL DESCONGELADOR DE PLASMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Temp. de temperatura (°C)	26.8	26.8	26.7	26.6	26.5	26.4	26.3	26.2	26.1	26.0	25.9	25.8	25.7	25.6	25.5	25.4	25.3	25.2	25.1	25.0	24.9	24.8	24.7	24.6	24.5	24.4	24.3	24.2	24.1	24.0	23.9	23.8

Handwritten signature/initials

	Nombre	Area	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Verónica Espinosa	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministra	
	Dra. Jekeline Calle	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
Revisión Técnica	Leda Isabel Miño	Programa Nacional de Sangre	Coordinadora	
	Dra. Martha Gordón	Dirección Nacional de Normalización	Directora	
Elaborado	Dra. Tania Romero	Programa Nacional de Sangre	Analista	