



GOBIERNO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
ING. ESMERALDA DEL ROSIO GONZÁLEZ AVIÑA
APOYO ADMINISTRATIVO

APROBÓ: RÚBRICA
DRA. MARISELA PÉREZ OROPEZA
SUBDIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. GERARDO AURELIANO GUTIÉRREZ ZAVALA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NO./FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 9 JULIO 2007

COPIA No.:

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Hospital Regional La Barca
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 06 de abril 2017



PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

Objetivo

Unificar las actividades, criterios, estrategias técnicas operativas en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes en el Hospital Regional de La Barca.

Alcance

Este procedimiento aplica a los servicios de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, Quirófano, Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y del Puesto de Sangrado y Transfusión Sanguínea.

Políticas

1. Todo paciente programado para cirugía deberá disponer de un donador, esto con la finalidad de asegurar la existencia de sangre y sus derivados en nuestra institución.
2. Los Hospitales y Sanatorios con quienes se realicen intercambios de sangre, deben tener licencia de funcionamiento vigente.
3. Cada producto proporcionado (bolsa de sangre total, paquete globular, plasma) en intercambio a un Hospital o Sanatorio, se debe reponer con dos donadores de sangre, enviados por dicho Hospital o Sanatorio.
4. La sangre se entregará directamente a la enfermera del servicio responsable de la transfusión sanguínea y deberá registrar en el expediente clínico del paciente la compatibilidad de la sangre.
5. Se le permite el acceso al servicio sólo a las personas autorizadas (enfermeras, personal interno, donantes y familiares para la entrega).
6. Se trabajará con el uniforme adecuado (bata, lentes de protección y guantes).
7. Se debe pedir recibo de pago en las solicitudes de paquetes de sangre y/o componentes foráneos, para liberarlos.

Aglutinación: Reacción que existe cuando hay algún anticuerpo.

Biometría Hemática: Es el estudio de la sangre completo en el cual se obtienen los resultados de valores de sangre normales.

Definiciones

CELLDYN 1700: Aparato donde se realiza el estudio de sangre completa.

Puesto de sangrado y transfusión: Es donde se lleva a cabo la donación, conservación y entrega de sangre para transfusiones.

CETSJ: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea de Jalisco

Coombs: Estudio que se realiza para identificar anticuerpos irregulares después de una incubación a 37°C.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

Definiciones

- Disponible altruista:** Sujeto que por un acto de humanismo proporciona su sangre o componente de esta para beneficio de quien la requiera.
- Disponentes familiares:** Persona que proporciona su sangre o componente de ésta para transfusión a un paciente vinculado con él.
- Donador:** Es el disponente para la obtención de sangre. El disponente alogénico de sangre y de sus componentes podrán corresponder a las siguientes categorías: Altruista Familiar
- Fracción de Sangre:** El proceso para obtener de sangre total a paquete globular y plasma (fresco congelado o envejecido).
- Hemólisis:** Cuando se rompen los eritrocitos.
- Homogeneizar:** Acción de juntar el plasma con los eritrocitos.
- Paquete globular (concentrado de eritrocitos):** La fracción que contiene principalmente glóbulos rojos, como resultante de la remoción casi completa del plasma de la sangre recolectada.
- Patogenisidad:** Que hayan padecido alguna enfermedad.
- Plasma envejecido:** El que en cualquier momento después de la recolección a permanecido 6 hrs. o más a temperatura por arriba de menos 18 °C
- Plasma fresco congelado:** El que se congela en el lapso de las primeras 6 hrs. después de la recolección y así se conserva.
- Plasma fresco:** El que se congela en el lapso de las primeras 6 hrs. Después de la recolección para su conservación.
- Pruebas cruzadas:** Son pruebas de compatibilidad (receptor y disponente).
- Rpm:** Revoluciones por minuto.
- Sangre Fresca:** Tejido hemático no fraccionado de menos de 6 hrs. después de su recolección.
- Sangre Total:** Tejido hemático no fraccionado de mas de 6 hrs. después de su recolección.
- Selección de donador:** Donde se interroga al disponente para obtener sangre segura.
- Sellador:** Aparato con el cual se sellan las mangueras de las bolsas por medio de calor.
- Suero problema:** Es el que se obtiene de los tubos pilotos de cada disponente o cada bolsa de sangre.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

Definiciones

Transfusión autóloga (autotransfusión): Aplicación de un individuo de la sangre o componente sanguíneo recolectados del mismo.

Transfusión homóloga: Aplicación de sangre o componentes sanguíneos de un individuo a otro.

Tubos piloto: Son los que se obtienen después de la donación para realizar serología y pruebas cruzadas.

Unidad: Volumen de sangre o componente sanguíneo recolectado de un solo donante en una bolsa o recipiente que contenga anticoagulante adecuado y suficiente.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD																
1.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Verifique que la temperatura de los refrigeradores se encuentre en el rango requerido:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Rango requerido?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Regístrela en la “gráfica de temperatura del refrigerador”. Aplice siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Rango requerido?	Entonces	Sí	Regístrela en la “ gráfica de temperatura del refrigerador ”. Aplice siguiente actividad.	No	Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.										
¿Rango requerido?	Entonces																	
Sí	Regístrela en la “ gráfica de temperatura del refrigerador ”. Aplice siguiente actividad.																	
No	Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.																	
2.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Ponga a funcionar la centrífuga para verificar su funcionamiento y determine si es correcto:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correcto?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registre los rangos en la “bitácora de la centrífuga”. Aplice siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: •El funcionamiento de la centrífuga se verifica únicamente en el turno matutino.</p>	¿Correcto?	Entonces	Sí	Registre los rangos en la “ bitácora de la centrífuga ”. Aplice siguiente actividad.	No	Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.										
¿Correcto?	Entonces																	
Sí	Registre los rangos en la “ bitácora de la centrífuga ”. Aplice siguiente actividad.																	
No	Notifique telefónicamente, de manera inmediata al personal de mantenimiento (ver Procedimiento para Mantenimiento del Hospital Regional). Aplice siguiente actividad.																	
3.	Personal del Puesto de Transfusión Sanguínea	<p>Determine las actividades a realizar conforme a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Actividad?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solicitud de paquetes para intercambio interinstitucional</td> <td>Aplice siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Entrega de paquetes por solicitud externa</td> <td>Aplice actividad 7.</td> </tr> <tr> <td>Atención a donadores</td> <td>Aplice actividad 12.</td> </tr> <tr> <td>Fraccionamiento de la sangre</td> <td>Aplice actividad 28.</td> </tr> <tr> <td>Pruebas de compatibilidad</td> <td>Aplice actividad 33.</td> </tr> <tr> <td>Control de Calidad</td> <td>Aplice actividad 40.</td> </tr> <tr> <td>Reportes</td> <td>Aplice actividad 41.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Prepare el material necesario para realizar las actividades.</p>	¿Actividad?	Entonces	Solicitud de paquetes para intercambio interinstitucional	Aplice siguiente actividad.	Entrega de paquetes por solicitud externa	Aplice actividad 7.	Atención a donadores	Aplice actividad 12.	Fraccionamiento de la sangre	Aplice actividad 28.	Pruebas de compatibilidad	Aplice actividad 33.	Control de Calidad	Aplice actividad 40.	Reportes	Aplice actividad 41.
¿Actividad?	Entonces																	
Solicitud de paquetes para intercambio interinstitucional	Aplice siguiente actividad.																	
Entrega de paquetes por solicitud externa	Aplice actividad 7.																	
Atención a donadores	Aplice actividad 12.																	
Fraccionamiento de la sangre	Aplice actividad 28.																	
Pruebas de compatibilidad	Aplice actividad 33.																	
Control de Calidad	Aplice actividad 40.																	
Reportes	Aplice actividad 41.																	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
4.	Responsable del Puesto de Transfusión Sanguínea	Llene el formato de “ solicitud externa ” en dos tantos, para intercambio interinstitucional de sangre y sus componentes, anote nombre, firma cédula profesional y sello de la Institución. Entregue dos tantos al familiar y/o solicitante de unidades de sangre, para que acuda al establecimiento por el paquete globular e indíquele que recabe un tanto de la solicitud con la especificación de las unidades que recibe y regrese para entregarla. Nota: Indíquele que deberá llevar un recipiente de unicel y/o termo con anticongelantes.						
5.	Familiar y/o Solicitante	Reciba la solicitud externa, acuda con el recipiente o termo y la solicitud a la unidad a la que solicitará la unidad de sangre; recabe un tanto de la solicitud con la especificación de las unidades que le están entregando y entréguela al Responsable del Puesto de Transfusión Sanguínea del Hospital Regional.						
6.	Responsable del Puesto de Transfusión Sanguínea	Recabe un tanto de la solicitud externa con la especificación de las unidades otorgadas y archívela. Fin de Solicitud de Paquetes para Intercambio Interinstitucional.						
7.	Familiar y/o Solicitante	Acuda con el recipiente o termo y la solicitud al puesto de sangrado y transfusión sanguínea a solicitar unidades de sangre (especificadas en la solicitud externa) y entréguelos al responsable del servicio.						
8.	Médico Responsable de Área	Reciba la solicitud, verifique si contiene nombre, firma y cédula profesional del responsable, así como licencia del establecimiento: <table border="1" data-bbox="533 1015 1955 1226"> <thead> <tr> <th>¿Datos requeridos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indique al solicitante, que acuda con el médico que le entregó la solicitud externa para que la llene correctamente y regrese cuando cubra los requisitos faltantes. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Datos requeridos?	Entonces	Sí	Aplique siguiente actividad.	No	Indique al solicitante, que acuda con el médico que le entregó la solicitud externa para que la llene correctamente y regrese cuando cubra los requisitos faltantes. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.
¿Datos requeridos?	Entonces							
Sí	Aplique siguiente actividad.							
No	Indique al solicitante, que acuda con el médico que le entregó la solicitud externa para que la llene correctamente y regrese cuando cubra los requisitos faltantes. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.							

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
9.	Médico Responsable de Área	Determine si el paquete solicitado está disponible:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Disponible?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Marque el tipo de paquete en el “comprobante de pago” entréguelo al usuario e infórmele que deberá cubrir en caja, la cuota de recuperación de los exámenes realizados al paquete globular y volver presentando su recibo de cuotas de recuperación, para recibir el paquete. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indique al solicitante que no hay disposición del paquete solicitado. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Disponible?	Entonces	Sí	Marque el tipo de paquete en el “ comprobante de pago ” entréguelo al usuario e infórmele que deberá cubrir en caja, la cuota de recuperación de los exámenes realizados al paquete globular y volver presentando su recibo de cuotas de recuperación, para recibir el paquete. Aplique siguiente actividad.	No	Indique al solicitante que no hay disposición del paquete solicitado. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.
		¿Disponible?	Entonces					
Sí	Marque el tipo de paquete en el “ comprobante de pago ” entréguelo al usuario e infórmele que deberá cubrir en caja, la cuota de recuperación de los exámenes realizados al paquete globular y volver presentando su recibo de cuotas de recuperación, para recibir el paquete. Aplique siguiente actividad.							
No	Indique al solicitante que no hay disposición del paquete solicitado. Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.							
10.	Familiar y/o Solicitante	Cubra en caja, la cuota de recuperación por los exámenes realizados al paquete globular y regrese a presentar el recibo de cuotas de recuperación al Auxiliar de Responsable de área.						
11.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Verifique que se haya cubierto la cuota, y esté escrito el número de folio en el comprobante de pago, recabe nombre y firma de recibido en la “libreta de ingresos y egresos”.</p> <p>Saque paquete globular solicitado del refrigerador que lo contiene y póngalo en el termo de transporte con los anticongelantes, entréguelo al familiar y/o solicitante y archive en la carpeta del mes correspondiente, el control de solicitud externa original con el comprobante de pago engrapado.</p> <p>Fin de Entrega de Paquetes por Solicitud Externa.</p>						
12.	Médico Tratante	Indique al paciente y/o familiar la necesidad de una hemotransfusión, llene “ solicitud de transfusión ”, entréguesela e indíquele que acuda al puesto de sangrado y transfusión para que le proporcionen los requisitos que debe presentar el donador y entregue ahí mismo la solicitud.						
13.	Paciente y/o Familiar	Reciba la solicitud preséntese al puesto de sangrado y transfusión, entregue la solicitud.						
14.	Auxiliar de Responsable de Área	Reciba al paciente y/o familiar con su solicitud de transfusión, entréguele la “ hoja de requisitos del donador ”, indíquele que si el donador no cumple con alguno de los requisitos, no será apto para la donación, proporcíonele los horarios para la extracción.						
15.	Disponente	Se presenta en el puesto de sangrado y transfusión en el horario establecido.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
16.	Auxiliar de Responsable de Área	Registre los datos requeridos en la ficha de identificación de la “ historia clínica del donador ”, mida y pese al disponente. Realice lavado de manos, colóquese los guantes, descubra el brazo del paciente, cálmelo si se encuentra nervioso, proceda a la toma de muestras y deseche las agujas utilizadas en los recipientes de punzo cortantes. Tome una muestra de sangre en un tubo con anticoagulante (tapón morado), mézclela suavemente en el rotador mecánico (mínimo 5 minutos para homogeneizar la muestra).								
17.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Determine si durante la toma de la muestra se presenta alguna de las siguientes circunstancias:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Circunstancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Derrames de residuos peligrosos</td> <td>Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) y aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Pinchaduras con objetos punzo cortantes</td> <td>Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) y aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Circunstancia?	Entonces	Derrames de residuos peligrosos	Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) y aplique siguiente actividad.	Pinchaduras con objetos punzo cortantes	Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) y aplique siguiente actividad.	Ninguna de las anteriores	Aplique siguiente actividad.
¿Circunstancia?	Entonces									
Derrames de residuos peligrosos	Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) y aplique siguiente actividad.									
Pinchaduras con objetos punzo cortantes	Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) y aplique siguiente actividad.									
Ninguna de las anteriores	Aplique siguiente actividad.									
18.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Lleve la muestra al CELLDYN 1700 para procesar la Biometría Hemática; para la valoración de hemoglobina y hematocrito y tipificar el grupo de sangre directo e inverso. Registre en la “libreta de grupos sanguíneo”, programe el aparato con el nombre del donante. Introduzca la muestra a la aguja de toma en el CELLDYN 1700 (ver manual de operaciones del equipo Cell-DYN 1700); espere a que se imprima el “reporte de estudio de la biometría hemática”, y entréguelo al médico.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •En la “libreta de recepción de donador” registre los datos requeridos. •Programe el aparato de Cell-DYN al inicio de cada mes estadístico con el número consecutivo, nombre del médico encargado del puesto de sangrado y servicio. 								
19.	Médico Responsable de Área	Reciba el reporte de estudio de la biometría hemática, interrogue al disponente.								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
20.	Médico Responsable de Área	Anote en la “ historia clínica del donador ”, indicadores geográficos, antecedentes, antecedentes patológicos, prácticas de riesgo, exploración física y antecedentes gineco obstétricos (en caso de que el disponente sea mujer). Nota: La historia clínica deberá llevar la firma de autorización del disponente, para llevar a cabo el proceso de extracción de sangre.						
21.	Médico Responsable de Área	Valore al disponente en base a los datos obtenidos y determine si es apto: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">¿Apto?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Aplique la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Excluya diferido, o no apto, registre la aptitud si / no en “libreta de recepción de donador”; despídase del disponente entregándole la solicitud de transfusión y pídale invite a otro disponente que de manera voluntaria acuda al servicio. Fin de Atención a Donadores.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Apto?	Entonces	Sí	Aplique la siguiente actividad.	No	Excluya diferido, o no apto, registre la aptitud si / no en “ libreta de recepción de donador ”; despídase del disponente entregándole la solicitud de transfusión y pídale invite a otro disponente que de manera voluntaria acuda al servicio. Fin de Atención a Donadores.
¿Apto?	Entonces							
Sí	Aplique la siguiente actividad.							
No	Excluya diferido, o no apto, registre la aptitud si / no en “ libreta de recepción de donador ”; despídase del disponente entregándole la solicitud de transfusión y pídale invite a otro disponente que de manera voluntaria acuda al servicio. Fin de Atención a Donadores.							
22.	Médico Responsable de Área	Prepare el material, llene y coloque “ etiqueta para paquetes ” en las bolsas para flebotomía doble o triple con anticoagulante (CPD-A) con nombre, domicilio y teléfono del puesto de sangrado y transfusión nombre del donador, fecha de extracción, fecha de caducidad, los valores de hemoglobina y hematocrito. Además elabore y coloque “ rótulos ”, con nombre completo y fecha de extracción, a los tubos de muestras para serología; Coloque las bolsas de flebotomía sobre el agitador y báscula. Indique al disponente pasar al área de extracción.						
23.	Disponente	Pase al área de extracción, para la donación.						
24.	Médico Responsable de Área	Revise la zona de las venas para encontrar una apta, ligue el brazo, realice asepsia del área, proceda a la extracción de sangre.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
25.	Médico Responsable de Área	<p>Quite la pinza de la bolsa que contiene la aguja para que pase la sangre de la vena a la bolsa (mientras la bolsa se va llenando, muévala suavemente para que se homogenice con el anticoagulante), una vez extraído todo el volumen pince la manguera de la aguja para cortarla, retire la bolsa del donante y selle la manguera con su respectivo aparato sellador.</p> <p>Nota: En cada flebotomía el volumen de sangre extraído deberá ser de 450ml, con una variación del 10%.</p>								
26.	Médico Responsable de Área	<p>Tome dos tubos de tapón rojo sin anticoagulante para serología y pruebas cruzadas. Retire la aguja de la vena del donante. Deje al donador en reposo durante 15 a 20 minutos para establecer su circulación sanguínea y proporciónese un refrigerio. Elabore y entregue al donador “comprobante de donación”, e indíquelo que dentro de 10 días se le entregarán resultados de serología en caso de que los requiera. mediante el formato “comprobante de estudios realizados a donadores”.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Llene “vale por un desayuno y/o jugo” fírmelo, solicite el refrigerio a cocina entregándole el vale, reciba el refrigerio. •En caso de que se presenten reacciones posterior a la donación llene “reporte de reacciones post-donación” y archívela. •Al terminar las flebotomías llene “cálculo de volumen de sangre total, paquete globular y plasma” y archive. 								
27.	Auxiliar de Responsable de Área	<p>Determine si durante la extracción se presenta alguna de las siguientes circunstancias:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Circunstancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Derrames de residuos peligrosos</td> <td>Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) Fin de Atención a Donadores.</td> </tr> <tr> <td>Pinchaduras con objetos punzo cortantes</td> <td>Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) Fin de Atención a Donadores.</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td>Fin de Atención a Donadores.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Circunstancia?	Entonces	Derrames de residuos peligrosos	Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) Fin de Atención a Donadores.	Pinchaduras con objetos punzo cortantes	Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) Fin de Atención a Donadores.	Ninguna de las anteriores	Fin de Atención a Donadores.
¿Circunstancia?	Entonces									
Derrames de residuos peligrosos	Efectúe medidas de contingencia (ver anexo 1) Fin de Atención a Donadores.									
Pinchaduras con objetos punzo cortantes	Aplique medidas de contingencia (ver anexo 2) Fin de Atención a Donadores.									
Ninguna de las anteriores	Fin de Atención a Donadores.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
28.	Médico Responsable de Área	<p>Pese el volumen obtenido y regístrelo en la “libreta de control de sangre y componentes”, proceda a fraccionar la sangre, lleve a centrifugar a 3200 rpm durante 10 minutos a 10°C. Saque la bolsa, previamente “etiquetada” lleve al desplasmador, para retirar el plasma en la segunda bolsa.</p> <p>Nota: Si el plasma sale sin contaminación de eritrocitos se conserva en congelación a –18°C. Si el plasma sale contaminado con lipemia o eritrocitos deséchela en los recipientes correspondientes a RPBI.</p>
29.	Médico Responsable de Área	<p>Pese de nuevo el paquete globular para sacar el volumen de sangre que quedó, con el plasma realice la misma acción.</p> <p>Notas: •<i>Concentrado de eritrocitos:</i> volumen aproximado entre 180 y 350 ml. •<i>Plasma:</i> volumen aproximado entre 150 a 180 ml.</p>
30.	Médico	<p>Conserve el paquete globular en refrigeración entre 2° a 8°C. El plasma guárdelo en congelación a –18°C. Registre resultados en la “libreta de control de sangre y componentes” y la “libreta de ingresos y egresos”.</p>
31.	Médico	<p>Llene la “tarjeta de control de sangre” para las reacciones posterior a la transfusión, con el nombre completo del donador, grupo y RH, fecha de extracción, fecha de caducidad, volumen obtenido y la compatibilidad con el receptor.</p> <p>Nota: Entregue la tarjeta junto al paquete globular y/o plasma, al servicio que lo solicite, registre los datos requeridos en el formato “hoja de registro de ingresos y egresos”, recabando la firma de quien recibe.</p>
32.	Médico Responsable de Área	<p>Llene formato de “ingresos”, al final del día, recabando información de la libreta de ingresos y egresos y archívelo.</p> <p>Fin de Fraccionamiento de la Sangre.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
33.	Auxiliar del Responsable de Área	Determine la prueba de compatibilidad que se requiere:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Prueba?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo Directo</td> <td>En una placa deposite 5 gotas de sangre; en cada una agregue un suero al primero anti-A, anti-B, anti-AB, anti-D, y control anti-RH negativo. Si la sangre es A en la última gota agregue anti-A1 lectina. para ver si la sangre es A1 ó A2. Aplique actividad 34. Nota: Todos los grupos sanguíneos directos que serían A1 RH positivo, A2 RH positivo, A1 RH Negativo, A2 RH Negativo, B RH positivo, B RH Negativo, AB RH Negativo, AB RH Positivo, O RH Positivo y O RH Negativo.</td> </tr> <tr> <td>Grupos Inversos</td> <td>En 6 tubos agregue 2 gotas de suero problema, a cada uno agregue 2 gotas de eritrocitos ya tipificados y lavados. Aplique actividad 34. Nota: En el primer tubo se agregan eritrocitos A1+, al segundo A2+, al tercero B+, al cuarto AB+, al quinto O+ y al último eritrocitos del mismo tubo problema.</td> </tr> <tr> <td>Pruebas Cruzadas</td> <td>Lleve el tubo para pruebas cruzadas, a centrifugar a 3000rpm durante 5 minutos para separar suero de la sangre. Procese la compatibilidad del receptor al donador. En 3 tubos rotulados con la R con la D y con la DA. Al tubo R se le agregan 2 gotas de suero del donador, y 2 gotas de eritrocitos lavados del receptor; en el tubo D se le agregan 2 gotas de suero del receptor y dos gotas de eritrocitos lavados del donador, lleve a centrifugarlos a 3000rpm durante 30 segundos. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Prueba?	Entonces	Grupo Directo	En una placa deposite 5 gotas de sangre; en cada una agregue un suero al primero anti-A, anti-B, anti-AB, anti-D, y control anti-RH negativo. Si la sangre es A en la última gota agregue anti-A1 lectina. para ver si la sangre es A1 ó A2. Aplique actividad 34. Nota: Todos los grupos sanguíneos directos que serían A1 RH positivo, A2 RH positivo, A1 RH Negativo, A2 RH Negativo, B RH positivo, B RH Negativo, AB RH Negativo, AB RH Positivo, O RH Positivo y O RH Negativo.	Grupos Inversos	En 6 tubos agregue 2 gotas de suero problema, a cada uno agregue 2 gotas de eritrocitos ya tipificados y lavados. Aplique actividad 34. Nota: En el primer tubo se agregan eritrocitos A1+, al segundo A2+, al tercero B+, al cuarto AB+, al quinto O+ y al último eritrocitos del mismo tubo problema.	Pruebas Cruzadas	Lleve el tubo para pruebas cruzadas, a centrifugar a 3000rpm durante 5 minutos para separar suero de la sangre. Procese la compatibilidad del receptor al donador. En 3 tubos rotulados con la R con la D y con la DA. Al tubo R se le agregan 2 gotas de suero del donador, y 2 gotas de eritrocitos lavados del receptor; en el tubo D se le agregan 2 gotas de suero del receptor y dos gotas de eritrocitos lavados del donador, lleve a centrifugarlos a 3000rpm durante 30 segundos. Aplique siguiente actividad.
		¿Prueba?	Entonces							
		Grupo Directo	En una placa deposite 5 gotas de sangre; en cada una agregue un suero al primero anti-A, anti-B, anti-AB, anti-D, y control anti-RH negativo. Si la sangre es A en la última gota agregue anti-A1 lectina. para ver si la sangre es A1 ó A2. Aplique actividad 34. Nota: Todos los grupos sanguíneos directos que serían A1 RH positivo, A2 RH positivo, A1 RH Negativo, A2 RH Negativo, B RH positivo, B RH Negativo, AB RH Negativo, AB RH Positivo, O RH Positivo y O RH Negativo.							
Grupos Inversos	En 6 tubos agregue 2 gotas de suero problema, a cada uno agregue 2 gotas de eritrocitos ya tipificados y lavados. Aplique actividad 34. Nota: En el primer tubo se agregan eritrocitos A1+, al segundo A2+, al tercero B+, al cuarto AB+, al quinto O+ y al último eritrocitos del mismo tubo problema.									
Pruebas Cruzadas	Lleve el tubo para pruebas cruzadas, a centrifugar a 3000rpm durante 5 minutos para separar suero de la sangre. Procese la compatibilidad del receptor al donador. En 3 tubos rotulados con la R con la D y con la DA. Al tubo R se le agregan 2 gotas de suero del donador, y 2 gotas de eritrocitos lavados del receptor; en el tubo D se le agregan 2 gotas de suero del receptor y dos gotas de eritrocitos lavados del donador, lleve a centrifugarlos a 3000rpm durante 30 segundos. Aplique siguiente actividad.									
34.	Auxiliar del Responsable de Área	Determine si hay aglutinación o hemólisis:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Aglutinación o hemólisis?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>No es compatible la sangre. Cuando solamente el tubo R aglutina es O el donador y el receptor es A o B. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Aglutinación o hemólisis?	Entonces	Si	No es compatible la sangre. Cuando solamente el tubo R aglutina es O el donador y el receptor es A o B. Aplique siguiente actividad.	No	Aplique siguiente actividad.		
¿Aglutinación o hemólisis?	Entonces									
Si	No es compatible la sangre. Cuando solamente el tubo R aglutina es O el donador y el receptor es A o B. Aplique siguiente actividad.									
No	Aplique siguiente actividad.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
35.	Auxiliar del Responsable de Área	<p>Registre los resultados en la “libreta de grupo sanguíneo”.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuando la sangre es A en el tubo A1 y A2 no hay reacción con el suero, entonces serian negativos. Los tubos B y AB serian positivos y en los tubos con O y autocontrol serian negativos. •Cuando la sangre es B en los tubos A1 y A2 son positivos, en el tubo B negativo, en el AB es positivo y en el O y el autocontrol son negativos. •Cuando la sangre es O en los tubos A1, A2, B y AB son positivos y el tubo O y autocontrol negativos. •Cuando la sangre es AB los tubos A1, A2, B y AB son negativos y el tubo O y autocontrol también son negativos. 						
36.	Auxiliar del Responsable de Área	Lleve los tubos a incubar a un horno de 37°C durante 45 minutos. En el tubo DA agregue dos gotas de suero receptor y dos gotas de eritrocitos en dilución con su mismo suero del donador y dos gotas más de albúmina bovina al 22%. Mezcle y deje en reposo a temperatura ambiente por 15 minutos.						
37.	Auxiliar del Responsable de Área	<p>Lleve a centrifugar por 15 segundos.</p> <p>Nota: Si no existe aglutinación se lleva a incubación a 37°C por media hora.</p>						
38.	Auxiliar del Responsable de Área	Lave los eritrocitos de los tubos de las pruebas usadas. 3 lavados con solución salina a 0.9%. Escurra el tubo después del último lavado, posteriormente agregue 2 gotas del suero de Coombs, lleve a centrifugar por 30 segundos y se observa.						
39.	Auxiliar del Responsable de Área	<p>Determine si hay aglutinación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Aglutinación?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Tome otra muestra hasta obtener compatibilidad. Aplique actividad 33.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>La sangre queda disponible para la transfusión. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La prueba de coombs se le puede realizar a personas multi transfundidas, a personas embarazadas con rh negativo y a niños con ictericia del recién nacido o hijos de señoras rh negativo. •Registre los resultados en la “libreta de pruebas cruzadas”. 	¿Aglutinación?	Entonces	Sí	Tome otra muestra hasta obtener compatibilidad. Aplique actividad 33.	No	La sangre queda disponible para la transfusión. Aplique siguiente actividad.
¿Aglutinación?	Entonces							
Sí	Tome otra muestra hasta obtener compatibilidad. Aplique actividad 33.							
No	La sangre queda disponible para la transfusión. Aplique siguiente actividad.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
40.	Auxiliar del Responsable de Área	<p>Conserve el paquete en el refrigerador y manténgalo entre 4 y 6 grados centígrados hasta ser solicitado. De no utilizar la(s) unidad(es) en su tiempo de caducidad (35 días), deseche en el contenedor de RPBI, poniéndole al paquete una leyenda de vencimiento y regístrelo en la “libreta de ingresos y egresos” como baja por vencimiento.</p> <p>Fin de Pruebas de Compatibilidad.</p>
41.	Auxiliar del Responsable de Área	<p>Realice la sensibilidad y avidéz de los sueros tificadores, llene la libreta de “control de calidad para sueros tipificados, coombs y controles”, efectúe el control de vidrio para verificar la limpieza correcta de los tubos de ensayo lavados, llene “control de calidad para vidrio” y archive ambos formatos en la carpeta correspondiente.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La limpieza del tubo de ensayo se verifica agregando una solución de suero de coombs más eritrocitos lavados y sensibilizados de sangre “O+”, y el resultado es que si aglutina el tubo está limpio, de lo contrario se tiene que volver a lavar el tubo de ensayo. •Esta actividad se realiza en el turno vespertino. <p>Fin de Control de Calidad.</p>
42.	Médico Responsable de Área	<p>Elabore y entregue al chofer el “oficio y relación de muestras enviadas para serología” con acuse y tubos de muestra de sangre para serología rotulados con nombre del donador y fecha de extracción al CJTS.</p> <p>Nota: La serología se realiza en el laboratorio estatal cada 8 días de la transfusión sanguínea de Guadalajara, se envían los tubos con la relación de los donadores.</p>
43.	Chofer	Reciba documentación y entréguela al CJTS, junto con los tubos de las muestras de sangre, recabe firma de recibido en el oficio.
44.	CETSJ	Recibe muestras de unidades de salud, firma y devuelve el acuse del oficio. Analiza las serologías y envía resultados al puesto de sangrado y transfusión sanguínea.
45.	Chofer	Reciba el oficio, verifique se encuentre firmado el acuse, entréguelo al Médico Responsable de Área.

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
46.	Médico Responsable de Área	Reciba el acuse firmado y archívelo. Reciba los resultados y determine si se conserva la sangre:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se Conserva?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Coloque en la “etiqueta para paquetes” de las bolsas la leyenda sangre segura, la sangre se conserva de 2 a 8° C. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Dele destino final a la sangre y sus componentes, (deposítela en bolsas rojas como residuos de RPBI). Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se Conserva?	Entonces	Sí	Coloque en la “ etiqueta para paquetes ” de las bolsas la leyenda sangre segura, la sangre se conserva de 2 a 8° C. Aplique siguiente actividad.	No	Dele destino final a la sangre y sus componentes, (deposítela en bolsas rojas como residuos de RPBI). Aplique siguiente actividad.
		¿Se Conserva?	Entonces					
Sí	Coloque en la “ etiqueta para paquetes ” de las bolsas la leyenda sangre segura, la sangre se conserva de 2 a 8° C. Aplique siguiente actividad.							
No	Dele destino final a la sangre y sus componentes, (deposítela en bolsas rojas como residuos de RPBI). Aplique siguiente actividad.							
47.	Médico Responsable de Área	Llene “ libreta de ingresos y egresos ” registrando los datos de los resultados de serología. Realice cada mes el “ informe mensual de ingresos y egresos ”, recabe información del formato de ingresos, envíe a estadísticas de la unidad, a regulación sanitaria en el CJTS, en original y copia. Entregue la original y archive copia ya con sello y firma de acuse.						
48.	Médico Responsable de Área	Realice el “ informe de intercambios de unidades y de componentes sanguíneos a sector público o privado ” en dos tantos envíe el original al CJTS. recabe firma de recibido en la copia y archívela.						
49.	Auxiliar del Responsable de Área	Informe mensualmente, al encargado del laboratorio los consecutivos que le correspondieron durante el mes de los reportes del Cell DYN 1700, registrados en la libreta de recepción de donador en el apartado No. de BH. Fin del Procedimiento para Transfusiones de Sangre y Hemoderivados.						

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: LAE. Claudia Judith González Ochoa

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Dra. Maricela Pérez Oropeza
- QFB. Ana Rosa Montañó Rojas
- Israel Gpe. Hernández Villaseñor
- Fátima del Rosario Lira Cerda
- Dra. Aida Margarita Curiel Vega
- Q.F.B. Tatiana Zuñiga Escorza
- Tec. Laboratorista Irma Berenice Macias Guzmán
- Dra. Lorena Ramos García

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
15

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM-M53	Manual de Organización Especifico del Hospital Regional
DOM-P16	Procedimiento para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos RPBI.
NOM-087-ECOL-SSA1-2002	Protección Ambiental. Saluda Ambiental- Residuos Peligrosos biológico infecciosos- Clasificación y Especificaciones de manejo.
NOM-003-SSA2-1993	Norma Oficial Mexicana para Disposición de Sangre y sus Componentes con fines Terapéuticos.
	Manual de procedimientos técnicos del Puesto de Sangrado y Transfusión Sanguínea Hospital Regional de La Barca.
	Manual de operaciones del equipo Cell-DYN 1700.
	Solicitud externa.
	Hoja de requisitos del donador.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Bitácora de la cámara fría.
	Bitácora de la centrífuga.
	Solicitud externa.
	Comprobante de pago.
	Libreta de ingresos y egresos.
	Solicitud de transfusión.
	Hoja de requisitos del donador.
	Historia clínica del donador.
	Libreta de grupos sanguíneo.
	Reporte de estudio de la biometría hemática.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
16

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Libreta de recepción de donador.
	Etiqueta para paquetes.
	Rótulos.
	Comprobante de donación.
	Comprobante de estudios realizados a donadores.
	Vale por un desayuno y/o jugo.
	Cálculo de volumen de sangre total, paquete globular y plasma.
	Reporte de reacciones post-donación.
	Libreta de control de sangre y componentes.
	Libreta de ingresos y egresos.
	Tarjeta de control de sangre.
	Hoja de registro de ingresos y egresos.
	Libreta de pruebas cruzadas.
	Control de calidad para sueros tipificados, coombs y controles.
	Control de calidad para vidrio.
	Relación de muestras enviadas para serología.
	Informe mensual de ingresos y egresos.
	Informe de intercambios de unidades y de componentes sanguíneos a sector público o privado.
	Ingresos.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
17

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
18

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

ANEXO 1

DERRAMES DE RESIDUOS PELIGROSOS

En el caso de presentarse un derrame de RPBI o una exposición o una lesión con residuos punzo cortantes realice las siguientes acciones:

- 1.- Inmediatamente rocíe con hipoclorito de sodio en una dilución reciente de 1:100 posteriormente ventilar el área y notifique lo sucedido a sus compañeros de área, específicamente al personal de servicios generales en turno.
- 2.- Use el equipo de protección recomendado; gafas, delantal, overol, mascarilla y guantes
- 3.- Los individuos involucrados en el derrame deberán checar si no hubo contaminación de su ropa, calzado, o en la piel y después tomar las acciones específicas para controlar el derrame o proceder a la limpieza, de acuerdo al protocolo de limpieza de derrame de RPBI.

Derrame menor: Es definido como un derrame (menor de un litro): que puede ser solucionado de manera efectiva usando los recursos disponibles en el departamento: efectúe el procedimiento básico para la limpieza de derrame (solo RPBI).

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
19

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

ANEXO 2

PINCHADURAS CON OBJETOS PUNZO CORTANTES

En caso de un pinchazo con punzo cortantes, realice de inmediato las siguientes acciones:

1. Suspender de inmediato la actividad
2. Exprimir la herida hasta que sangre
3. Lavar con abundante agua y jabón
4. Acudir de inmediato al servicio de urgencias para constatar por escrito el incidente, tomar una muestra sanguínea basal para la detección de anticuerpos contra VIH, esta muestra es fundamental para demostrar que el accidentado no se encuentra en el momento del accidente infectado por VIH. Considerar la posibilidad de iniciar tratamiento profiláctico, con antirretrovirales. Posteriormente se tomaran muestras sanguíneas de seguimiento a los tres, seis, y doce mese diagnosticándose como Infección ocupacional en caso que se demuestre seroconversion durante dicho periodo.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
20

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

SOLICITUD EXTERNA

C. Dr. _____

(Responsable del servicio transfusional)

Solicito a usted se nos proporcione: _____ Unidades de Sangre o
de: _____ de grupo _____ y RH _____
para ser transfundidos al paciente: _____

De la cama: _____ del Servicio: _____

Con diagnóstico de: _____

Prescrita por el Dr. _____

Indicada para: _____

ATENTAMENTE

Nombre del establecimiento _____

Responsable del servicio transfusional _____

Responsable del establecimiento _____

Licencia No. _____ Teléfonos _____

Nombre del que Solicita.

Firma

Ced. Profesional.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
26

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SECRETARIA DE SALUD JALISCO

CENTRO DE SANGRADO Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA



HOSPITAL REGIONAL DE BARCA
PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSION
COMPROBANTE DE PAGO

RECIBO DE PAGO:

PAQUETE GLOBULAR:

PLASMA FRESCO:

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
27

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSIÓN

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN.

Nombre:	Expediente:	Cama:
Diagnóstico:	HB	HT
Transfusiones Previas SI () NO ()	Fecha de la última Transfusión:	
Reacciones post Transfusión SI () NO ()	Tipo de reacción:	
Embarazos SI () NO ()	Producto con enf. Hemolítica SI () NO ()	
COCENT ERIT	PFC	ML PNE
COCENT Plaquetario		

Urgente () Ordinario () Guardia () Se opera el _____ a
las _____

DONADORES	GPO SANGUINEO	RECIBIDA POR

Solicitud por: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Recibida por: _____ Fecha: _____ Hora: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
30

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
PUESTO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
Tel.: (01393)9350040, 9353925, ext. 222
Fax: (01393)9350954



HOJA DE REQUISITOS DEL DONADOR.

SI VAS A DONAR SANGRE DEBES DE CONOCER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

- a) Debes ser mayor de 18 años y menor de 65.
- b) Pesar más de 50 kilos
- c) No estar cursando con infecciones agudas
- d) Debes ser sano
- e) No haber padecido Paludismo o Hepatitis.
- f) Mujeres: no estar embarazadas o menstruando.
- g) No haber tomado medicamentos ni bebidas alcohólicas 48 hrs. Antes
- h) Tener un ayuno mínimo de 4 y máximo de 10 hrs.
- i) Lunes a Viernes a partir de las 7 A.M.

NO DEBEN DONAR SANGRE: Varones que hayan tenido relaciones con otro varón, bisexuales, drogadictos, prostitutas (os), ni las parejas sexuales de los antes mencionados.

ANTES DE DONAR SANGRE NOSOTROS:

- a) Te preguntamos tus datos generales y pedimos que te identifiques con un Documento Oficial.
- b) Tomamos una muestra pequeña de tu sangre para descartar la presencia de Anemia.
- c) Posteriormente pasas con un Médico quien te realizará una entrevista en privado y una exploración física completa tomando tu temperatura, presión arterial y pulso.
- d) Si el Médico te informa que pueden donar, pasarás a la Sala de Sangrado donde tomaremos 450 ml de tu Sangre. Todo el equipo utilizado es nuevo, estéril y se desecha una vez terminado el procedimiento.
- e) A tu sangre le realiza exámenes para la detección de enfermedades como **HIV, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C, CHAGAS.**
- f) Después te ofreceremos un pequeño refrigerio que deberás consumir.
- g) Por último, te otorgaremos una “Constancia de Donación” e indicaciones para que puedas tener en 8 días posterior a la donación resultados de los estudios practicados a tu sangre.

LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS DE LAS PRUEBAS Y LO QUE TU NOS PLATIQUES ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL.

“DONA SANGRE, REGALA PARTE DE TI SALVA VIDAS CON TU SANGRE,
NOSOTROS CUIDAMOS LA VIDA DE TU SER QUERIDO
AYUDAMOS CON SANGRE SEGURA.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
31

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
32

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

FUM: _____ ESTA: _____ PARA: _____ CESAREAS: _____ ABORTO: _____
 FUP _____ FUC: _____ INDUCIDO: _____

ESPONTÁNEO: _____
 SOINMUNIZACIÓN: _____
 APLICACIÓN DE GLOBULINA ANTI -D: _____

PRACTICAS DE RIESGO	DISPONENTE	PAREJA
1.- Transfusiones previas	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
2.- Ex donador remunerado	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
3.- Uso de drogas i.v.	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
4.- Heterosexual promiscuo	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
5.- Homosexual	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
6.- Bisexual	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
7.- Prostitución	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
8.- Contacto sexual con hemofílicos o hepatitis	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
9.- Internamiento en Inst. penales o metales.	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
10.- Acupuntura, tatuaje o perforación	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
11.- Lesiones con objetos contaminados	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
12.- Enf. Transmisión sexual	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___
13.- Número de parejas sexuales	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___

EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES EN EL ÚLTIMO MES

Perdida de Peso > 10% SI ___ NO ___ Sx Diarreico SI ___ NO ___
 Diarrea crónica SI ___ NO ___ Isoteretinoína SI ___ NO ___
 Diaforesis Profusa SI ___ NO ___
 Astenia Adinámica SI ___ NO ___ ULTIMO DIA
 Adenomegalias SI ___ NO ___ Toma de medicamentos SI ___ NO ___
 Herpes Mocutaneo SI ___ NO ___ Cuales _____
 Fiebre Continua SI ___ NO ___ Tiempo _____ Dosis _____
 Tos. Diseña Persistente SI ___ NO ___ Infecciones agudas _____ Tipo: _____

EN LAS ÚLTIMAS 48 HRS.
 Fiebre/Escalo frío SI ___ NO ___ Actividad Física SI ___ NO ___
 Horas de ayuno SI ___ NO ___ Vigilia SI ___ NO ___
 Ingesta de alcohol SI ___ NO ___ Cantidad _____ Bebida _____

EXPLORACIÓN FÍSICA
 Peso _____ TALLA _____ Frec. Card. _____ TA _____ Temperatura _____
 Ictericia SI ___ NO ___
 Piel y Mucosa _____ Adenomegalia SI ___ NO ___ AREA CARD. _____ CsPS _____
 Hepatomegalia SI ___ NO ___ Esienomegalia SI ___ NO ___
 Edo. De Venas ADECUADOS _____ DIFÍCIL _____ Valorado por _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____

NOTA: Esta historia clínica deberá conservarse durante 5 años en el banco de sangre, bajo estricta confidencialidad y estará a la disposición de la Secretaría de Salud, cuando así lo solicite.

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM - P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

REPORTE DE BH

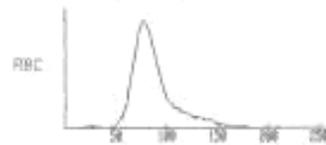
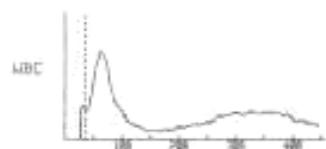
21 Nov 2005 9:20 am Version 1.10
HOSPITAL REGIONAL LA BARCA, JALISCO
LABORATORIO CLINICO
VICENTE GUERRERO # 174 TEL. 93-5-00-40 EXT. 222
JEFE DEL LABORATORIO: DFB TRUJILLO LIMON LUIS ARMANDO

CD1700 SPECIMEN DATA REPORT

Specimen ID# : 3 Analyzed: 21/11/05 09:20
Patient: Operator I.D.#:---
Sex: F DOB: Sequence #: 3434
Physicians: LDRENA Modes Open: X-B: 8/OUT2
Comments: B SANGRE Collected:

TEST	RESULT	FLAG	LIMIT	REFERENCE RANGE (LIMIT 2)
WBC	2.9 K/uL	[*]		4.1 - 10.9 K/uL
LYM	3.2 35.8 %	[*]		0.6 - 4.1 10.0 - 50.5 %
MID	0.5 6.0 %	[*]		0.0 - 1.8 0.1 - 24.0 %
GRAN	5.2 58.2 %	[*]		2.0 - 7.8 37.0 - 92.0 %
RBC	5.06 M/uL	[*]		4.20 - 6.30 M/uL
HEB	14.0 g/dL	[+]		12.0 - 18.0 g/dL
HCT	40.1 %	[*]		37.0 - 51.0 %
MCV	79.3 fL	L [*]		80.0 - 97.0 fL
MCH	27.7 pg	[*]		26.0 - 32.0 pg
MCHC	34.9 g/dL	[*]		31.0 - 36.0 g/dL
RDW	15.6 %	H [*]		11.5 - 14.5 %
PLT	308. K/uL	[*]		140. - 440. K/uL

* MID cells may include less frequently occurring and rare cells correlating to monocytes, eosinophils, basophils, blasts and other precursor white cells.



MANUAL DIFFERENTIAL	MORPHOLOGY	1	2	3	4
SEG _____ %	POLYCHROM	[]	[]	[]	[]
BAND _____ %	HYPOCHROM	[]	[]	[]	[]
LYMP _____ %	POIK	[]	[]	[]	[]
MONO _____ %	TARGET	[]	[]	[]	[]
EOSIN _____ %	SPHERO	[]	[]	[]	[]
BASEO _____ %	ANISO	[]	[]	[]	[]
VAR LYM _____ %	MICRO	[]	[]	[]	[]
META _____ %	MACRO	[]	[]	[]	[]
PRO MYLO _____ %	BASEO STIP	[]	[]	[]	[]
BLAST _____ %	VACUOLES	[]	[]	[]	[]
	TOXIC GRAN	[]	[]	[]	[]

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

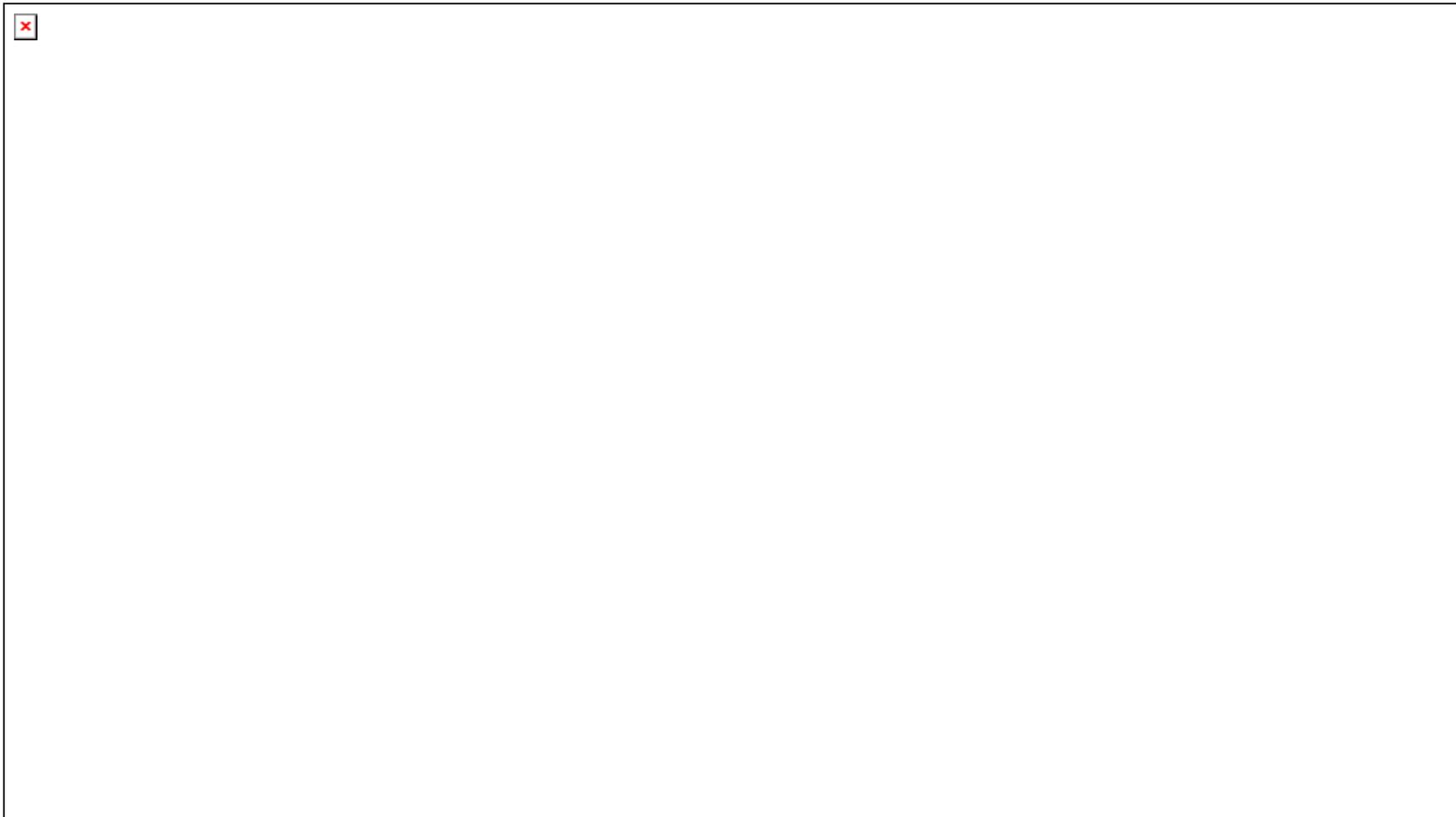
Página
35

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001
FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y
HEMODERIVADOS.**



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSIÓN
SANGUÍNEA
HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSION
COMPROBANTE DE DONACIÓN.



NOMBRE: _____

SERVICIO: _____ No. De EXP. _____

UNIDADES
DONADAS: _____ FECHA _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
38

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y
HEMODERIVADOS.**



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



GOBIERNO
DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

**CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSIÓN
SANGUÍNEA**

**HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSION**

COMPROBANTE DE ESTUDIOS REALIZADOS A DONADORES



FECHA _____

NOMBRE: _____

HEMATOCRITO: _____ VDRL: _____

HEPATITIS B: _____ HEPATITIS C: _____

ROSA DE BENGALA: _____ V.I.H: _____

GRUPO SANGUÍNEO (ABO): _____ R.H.: _____

ATENTAMENTE

Q.F.B

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
39

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA SERVICIO DE ALIMENTACIÓN VALE POR UN DESAYUNO Y/O JUGO



A: _____

EL DIA: _____

AUTORIZADO POR:

EL ADMINISTRADOR

EL DIRECTOR

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
40

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y
HEMODERIVADOS.**



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

<p>HOSPITAL REGIONAL LA BARCA PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSION SANGUÍNEA</p> <p>REPORTE DE REACCIONES POSTDONACION</p>			
FECHA:			
Nombre del donador:			
Edad:			
Hora de inicio:	TA:	Fr:	Temp :
Hora de término:	TA:	Fc:	Fc :
SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA:			
Mareos	()		Convulsiones
()			
Palidez	()		Relajación de esfínteres ()
Diaforesis	()		Pérdida del conocimiento
()			
Náusea y vómito	()		Arritmias ()
Parestesias	()		Choque hipovolémico ()
MEDIDAS EMPLEADAS:			
MEDICAMENTOS Y/O SOLUCIONES :			
Realizó flebotomía			Atendió al donador

MPO./

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



CÓDIGO: DOM – P455-HR5_001
 FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

HOJA DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS

FECHA _____ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____

Núm.	N. Registro en el CJTS	Nombre del donador	VIH	VCH	Ag SBH	T. CRUZI	SÍFILIS	Observaciones

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA: _____

Vo. Bo.: _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
PUESTO DE SANGRADO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LA BACA, JALISCO



RELACION DE MUESTRAS ENVIADAS PARA SEROLOGIA

No. CONSECUTIVO ENVIO: _____

No.	REGISTRO	REGISTRO CJTS	NOMBRE DEL DONADOR	FECHA DE RECOLECCION	GRUPO Y Rh	HIV	HBsAg	HCV	CHAGAS	BRUCELA	RPR
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											

HORA Y FECHA DE ENVIO: _____
 TEMPERATURA DE ENVIO: FRIAS _____

HORA Y FECHA DE RECEPCION: _____
 TEMPERATURA DE RECEPCION: _____

OBSERVACIONES:

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001
 Fecha de Emisión: 15 DICIEMBRE 2006
 Número/ Fecha de Revisión: 001 / JULIO 2007

 SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA <small>INFORME MENSUAL DE INGRESOS Y EGRESOS DE SANGRE DE SUS COMPONENTES Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN</small>	 CODIGO DEL ESTABLECIMIENTO _____	
PARA EL CORRECTO LLENADO DE ESTE FORMATO, CONSULTE EL INSTRUCTIVO QUE PROPORCIONA EL CNTS Y EL CET5 () BANCO DE SANGRE (X) SERVICIO DE TRANSFUSIÓN PERTENECIENTE A: SSA ____ IM.S.S. ____ ISSSTE ____ PRIVADA ____ OTRA (ESPECIFIQUE) _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: <u>Hospital regional La Barca</u> DOMICILIO: <u>Vicente Guerrero Nº 174</u> COLONIA: <u>Centro</u> MUNICIPIO O DELEGACIÓN: <u>La Barca, Jalisco</u> CIUDAD: <u>La Barca</u> ESTADO: <u>Jalisco</u> C.P.: _____ TELEFONO: <u>393 93 5 00 40</u> MES QUE INFORMA: _____ AÑO: _____ Marque con X los informes enviados durante el presente año: E F M A M J J A S O N D		
1 DISPOSICIÓN ALOGENICA No. DE CANDIDATOS A DONACIÓN VALORADOS _____ No. DISPONENTES ACEPTADOS: _____ FAMILIARES: _____ ALTRUISTAS: _____ TOTAL: _____ No. DE U. FRACCIONADAS: _____	2. DISPOSICIÓN AUTOLOGA No. PACIENTES SOMETIDOS A DEPOSITO PREVIO _____ No. DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODILUCIÓN _____ No. UNIDADES OBTENIDAS _____ No. UNIDADES FRACCIONADAS _____ RESCATE CELULAR _____ No. UNIDADES TRANSFUNDIDAS _____	DESGLOSE DE LOS INTERCAMBIOS DE UNIDADES Y DE COMPONENTES SANGUÍNEOS REGISTRE LOS ESTABLECIMIENTOS AGRUPÁNDOLOS POR SECTOR (PÚBLICO O PRIVADO) CODIGO DEL ESTABLECIMIENTO _____ MES QUE INFORMA: _____ AÑO: _____ 4.3 UNIDADES PROCEDENTES DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ST CE CP PF PE CRIO TOTAL 6.5 UNIDADES SUMINISTRADAS AL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ST CE CP PF PE CRIO TOTAL
INCLUIA UNIDADES ALOGENICAS Y AUTOLOGAS (EXCLUSIVAMENTE DEPOSITO PREVIO) Y DE CUALQUIER VOLUMEN (PEDIATRICAS), ASIMISMO, DONDE ESTA EL ASTERISCO (*), INCLUIA UNIDADES DE AFERESIS. UNIDADES EXISTENTES AL INICIO DEL MES *		6.7 DESGLOSE DE UNIDADES A LAS QUE SE DIO DESTINO FINAL (DESECHADAS)*
I 6.1 UNIDADES RECOLECTADAS G 6.2 UNIDADES RECOLECTADAS POR AFERESIS R 6.3 UNIDADES PROCEDENTES DEL SECTOR PÚBLICO * R SECTOR PRIVADO * E 6.4 COMPONENTES OBTENIDOS POR FRACCIONAMIENTO S 6.5 U. DE CRIO PREPARADAS Y PLASMA REMANENTE O 6.6 U. PEDIATRICAS OBTENIDAS POR FRACCIONAMIENTO S 6.7 U. DE CRIO PREPARADAS Y PLASMA REMANENTE (Suma del renglon 3 al 6.6)		6.7.1 MARCADOR DE INFECCIÓN POSITIVO 6.7.2 POR AUTOEXCLUSIÓN DEL DISPONENTE 6.7.3 TÉRMINO DE VIGENCIA (CADUCAS) 6.7.4 DEFECTOS DE CONSERV. O TRANSPORT 6.7.5 DEFECTOS EN LA RECOLECCIÓN 6.7.6 ROTURA 6.7.7 HEMOLISIS O CONTAM. ERITROCITARIA 6.7.8 LÍPEDIA O ICTERICIA 6.7.9 CONTAMINACIÓN
E 6.1 U. DE SANGRE EMPL. PARA OBTENER COMPONENTES G 6.2 U. DE P. FRESCO EMPLADAS PARA OBTENER CRIO R 6.3 U. EMPLADAS PARA OBTENER VOL. PEDIATRICOS E 6.4 UNIDADES TRANSFUNDIDAS * S 6.5 U. SUMINISTRADAS AL SECTOR PÚBLICO * O SECTOR PRIVADO * S 6.6 U. ENVIADAS PARA PROCESAMIENTO INDUSTRIAL 6.7 U. QUE SE LES DIO DESTINO FINAL (DESECHADAS) 7 TOTAL DE EGRESOS (Suma del renglon 6.1 al 6.7)		10. RESULTADOS DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN AGENTE DISPOSICIÓN ALOGENICA DISPONENTES DISPONENTES AUTOLOGOS CAND. A DONAR NEG POS CONF NEG POS CONF NEG POS CONF V.I.H. V.B.H. V.C.H. Tripanosoma palide Tripanosoma cruzi Brucela Plasmodio Otros
8 UNIDADES EXIST. AL TÉRMINO DEL MES (5 MENOS 7) 9 TOT. DE EGRESOS + U EXIST. AL TÉRMINO DEL MES (7+ 8)		TOTAL DEL SECTOR PÚBLICO TOTAL DEL SECTOR PRIVADO OBSERVACIONES: Por ser nosotros un puesto de sangrado todas las unidades son trasladadas al C.J.T.S. para la realización de la serología y posteriormente son devueltas para su uso en el hospital LUGAR Y FECHA _____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO RESPONSABLE _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.



Código: DOM – P455-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: 15 DICIEMBRE 2006

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / JULIO 2007

PUESTO DE SANGRADO Y TRANSFUSION HOSPITAL REGIONAL LA

INGRESO

MES: AGOSTO

AÑO: 2006

HEMOCOMPONENTES

DIA	P.G	P.F.C	P.E.	ALTRUISTA	AUTOEXCLUSION	REAC POSDONACION
1	2	2	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0	0
3	1	0	1	0	0	0
4	8	7	1	0	0	0
5	1	0	1	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	2	2	0	0	0	0
8	3	3	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0
10	1	0	1	0	0	0
11	6	6	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
14	5	5	0	0	0	0
15	3	3	0	0	0	0
16	1	0	1	0	0	0
17	6	6	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0
21	6	6	0	0	0	0
22	4	3	1	0	0	0
23	3	3	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0
25	2	2	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0
28	0	0	0	0	0	0
29	2	1	1	0	0	0
30	9	8	1	0	0	0
31	1	0	1	0	0	0
TOTAL	103	57	10	0	0	0

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
54

SELLO