



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

N° 289 -2020-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 18 NOV. 2020

VISTO:

El Expediente Administrativo N° 20-006896-001.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, se declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y se dictan medidas de prevención y control del Coronavirus (COVID-19), el mismo que ha sido prorrogado mediante los Decretos Supremos Nros. 020-2020-SA y 027-2020-SA;



Que, mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del Brote del COVID-19, y sus precisiones, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de quince (15) días calendario, y se dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del Covid, lo cual es prorrogado por los Decretos Supremos N° 051-2020-PCM, Decreto Supremo N° 064-2020-PCM y Decreto Supremo N° 075-2020-PCM;



Que, mediante Resolución de Secretaria de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP, se aprobó la Norma Técnica N° 011-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de Administración Pública, el cual define como procedimiento como la descripción documentada de cómo deben de ejecutarse las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente. De esta manera, se establece que cada procedimiento debe ser documentado y visado por el área competente para velar que estos sean coherentes con los demás procesos y procedimientos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "*Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud*", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el Mapa de Procesos del Heves, aprobado mediante Resolución Directoral N° 083-DG-HEVES, considera como parte de sus procesos Misional Proceso de Atención de



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, el cual consta de dos procesos nivel 1 que son los siguientes: Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento;

Que, dentro del proceso Nivel 1 de apoyo al Tratamiento se encuentra el proceso Nivel 2 Atención de Banco de Sangre, el cual en el marco de emergencia sanitaria tiene los siguientes procedimientos: 1) Precalificación y selección del donante, 2) Extracción y fraccionamiento, 3) Almacenamiento y distribución de hemocomponentes, 4) Eliminación de unidades sanguíneas y 5) Atención de solicitud transfusional;

Que, con Proveído N° 198-2020-OPP-HEVES, de fecha 24 de setiembre de 2020 y el Informe N° 053-2020-ORGANIZACIÓN-OPP-HEVES de fecha 19 de agosto de 2020, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto remite el proyecto de Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento, ha emitido opinión técnica que sustenta el referido proyecto de manual, por lo que ha emitido pronunciamiento favorable para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente;



Que, el proyecto del Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento, tiene como el objetivo de establecer el proceso de atención de precalificación y selección del donante, así como el procedimiento de extracción y fraccionamiento de unidades de paquete globular, y su procedimiento para el almacenamiento y distribución de hemocomponentes. Además establece el procedimiento para la eliminación de unidades sanguíneas y la atención de solicitud transfusional en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencias Villa EL Salvador;



Que, el proyecto del Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento, es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;



Que, con Hoja de ruta de trámite general el Director Ejecutivo, solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte el respectivo acto administrativo;



Que, estando a los documentos adjuntos de vistos, resulta necesario aprobar el Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento;

Con la visación de la Coordinación del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre, el Coordinador de la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS inciso c) del artículo 10 del Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador que faculta al Director Ejecutivo, la atribución y responsabilidad de expedir Resoluciones



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Directorales en asuntos de su competencia y a las conferidas mediante Resolución Vice Ministerial N°035-2020-SA/DVM-PAS;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR, el Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento, compuesto de diecisiete (17) folios; que, en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.



Artículo Segundo.- DISPONER que la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento difunda e implemente la aplicación interna del Manual de Procedimientos "Atención de Banco de Sangre - COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador" Proceso de atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento.



Artículo Tercero.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador

REGÍSTRESE COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
M.C. ABRAHAM RODRIGUEZ RIVAS
Director de Hospital II

ARR/M/O/PPAG/PAUJ/tvm

Distribución:

- () Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- () Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional



Hospital de Emergencias
VILLA EL SALVADOR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**ATENCIÓN DE BANCO DE SANGRE -
COVID-19**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO**

RUBRO	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre.		<u>15 / 09 / 2020</u>
	Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento		<u>15 / 09 / 2020</u>
REVISIÓN	Oficina de Planeamiento y Presupuesto		<u>23 / 09 / 2020</u>
APROBADO	Dirección Ejecutiva		<u>18 / 11 / 2020</u>

SIGLAS Y DEFINICIONES

SIGLA TÉRMINO	DEFINICIÓN
HEVES	Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
UPSADYT	Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
EPP	Equipo de Protección del Personal
SG	SISGALENPLUS
HC	Historia clínica.
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud
PR	Prueba rápida
PG	Paquete Globular
PQ	Plaquetas
PFC	Plasma Fresco Congelado
Hematocrito.	Proporción de glóbulos rojos con relación al volumen total de la sangre; se expresa de manera porcentual.
Hemocomponentes	Productos terapéuticos preparados a partir de la unidad de sangre total o por aféresis por medio de separación física; incluyen paquete globular, plasma fresco congelado, concentrados de plaquetas (pool o aféresis) y crioprecipitado.
Reactivos	Son sustancias que interactúa con otra en una reacción química y que da lugar a otras sustancias de propiedades, características y conformación distinta, denominadas productos de reacción o simplemente productos.
selección del donante de sangre o hemocomponentes.	Es un procedimiento que integra el primer proceso de la cadena transfusional, y que se basa en el desarrollo de la entrevista clínica con el fin de identificar a la persona idónea para donar sangre.
Excluido.	Acción de descartar al postulante a donante de sangre del proceso de la donación, de manera permanente.
Donante de sangre.	Persona de 18 años o mayor, quien dona de manera voluntaria, desinteresada, sin ánimo de lucro, sangre o hemocomponentes con el fin de contribuir a salvar la vida y/o mejorar la calidad de vida de otras personas.



INTRODUCCIÓN

Mediante Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión el cual establece la visión, los principios y lineamientos para una actuación coherente y eficaz del sector público, al servicio de los ciudadanos y el desarrollo del país a través del desarrollo de cinco pilares, tres ejes transversales y un proceso de gestión de cambio.

Con Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, se establece los lineamientos para la implementación de procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud, bajo el enfoque de gestión por procesos con la finalidad que se brinde servicios en forma óptima y con calidad procurando atender oportunamente al ciudadano, y para ello con Resolución Directoral N° 083-2019-DE-HEVES, se aprueba el Mapa de Procesos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, documento técnico que contiene la representación gráfica de los procesos de la organización.

En el marco del Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que declara en Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, se dictan medidas para reforzar el sistema nacional de salud para hacer frente a la emergencia, en ese contexto, el Hospital de Emergencias Villa El Salvador establece la secuencia de actividades a seguir para afrontar dicha emergencia.

El Manual de Procedimientos para la Atención de pacientes en el marco de COVID-19 en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador - HEVES, establece formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales, que permitan dar una atención de Hemoterapia y banco de sangre.

I. OBJETIVO

Determinar el proceso y orientar al personal de salud sobre la secuencia de actividades para la atención de banco de sangre para los casos de COVID-19.

II. ALCANCE

El presente Manual es de aplicación obligatoria por todo el personal del Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre, UPSS Asistenciales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO DE NIVEL 0	PROCESO DE NIVEL 1	PROCESO DE NIVEL 2	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	PM02.02. Apoyo al Tratamiento	PM02.02.03 Atención de Banco de Sangre	Precalificación y selección del donante.	PM02.02.03.01
PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	PM02.02. Apoyo al Tratamiento	PM02.02.03 Atención de Banco de Sangre	Extracción y fraccionamiento.	PM02.02.03.02
PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	PM02.02. Apoyo al Tratamiento	PM02.02.03 Atención de Banco de Sangre	Almacenamiento y distribución de hemocomponentes.	PM02.02.03.03
PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	PM02.02. Apoyo al Tratamiento	PM02.02.03 Atención de Banco de Sangre	Eliminación de unidades sanguíneas.	PM02.02.03.04
PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	PM02.02. Apoyo al Tratamiento	PM02.02.03 Atención de Banco de Sangre	Atención de solicitud transfusional.	PM02.02.03.05



IV. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
Precalificación y selección del donante.	PM02.02.03.01

PROCESO	PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento
OBJETIVO	Establecer el proceso de atención de precalificación y selección del donante, en el servicio de Banco de Sangre del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
ALCANCE	Es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
MARCO LEGAL	1. Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, que aprueba el documento Técnico Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 y sus modificaciones. 2. Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes. 3. Resolución Jefatural N°381-2016-IGSS, aprueba Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
RESPONSABLE	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre.

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO / UNID ORGÁNICA
1	Acudir al Servicio de Banco de Sangre	-	PRE-DONANTE	-
2	Identificar y verificar requisitos: -Edad > 18 años. -Tiempo transcurrido. -Exclusión previa. -Prueba de COVID-19. -DNI. -Hto, GyF. Nota: - Si cumple con requisitos continuar con la actividad N° 4. - Si no cumple con los requisitos continuar con la actividad N° 3.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

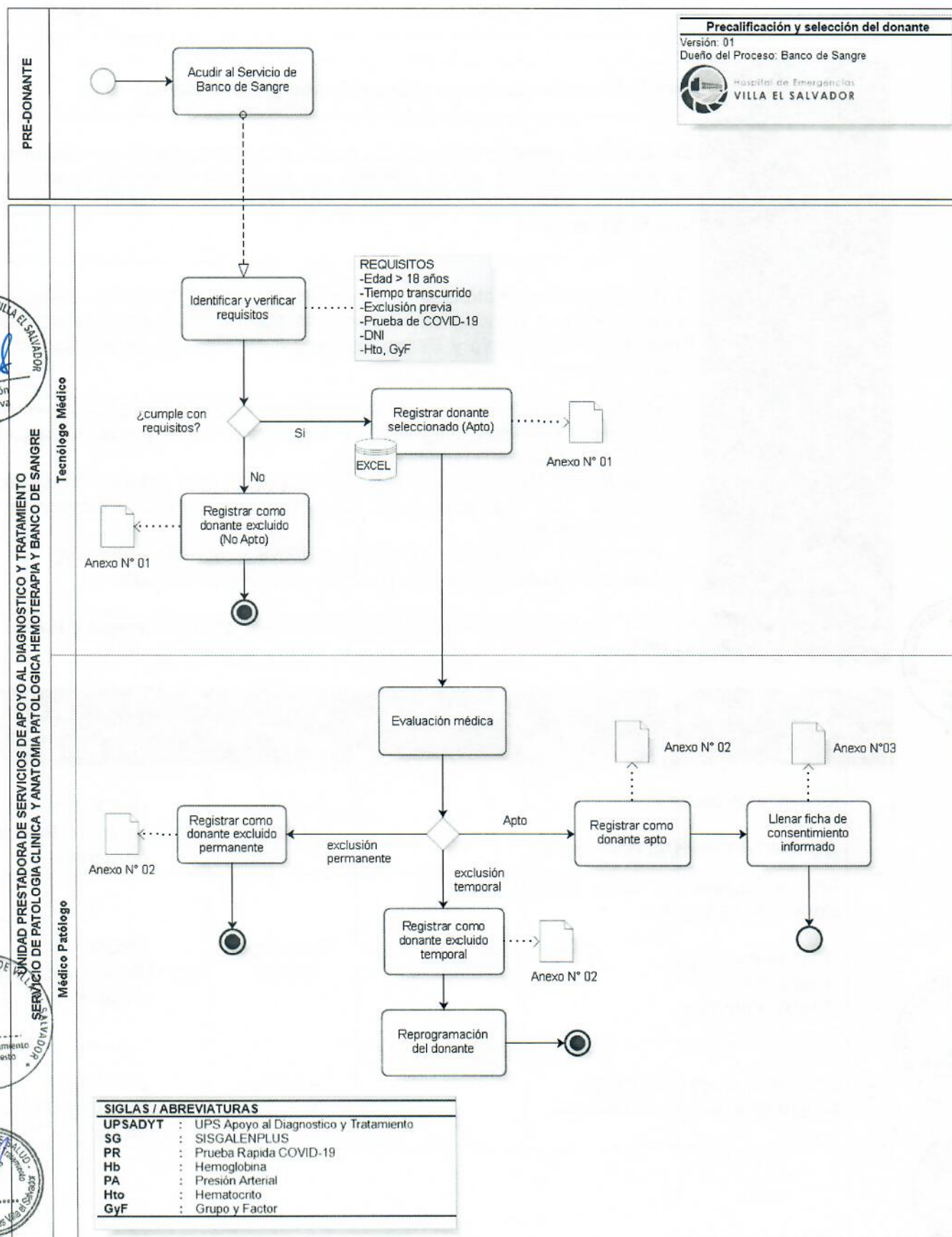
3	Registrar como donante excluido (No Apto).	Anexo N°01	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
4	Evaluación médica. Nota: - Si donante es excluido permanentemente continua la actividad N°5. - Si donante es excluido temporalmente continua la actividad N° 6. - Si donante es apto continua la actividad N° 8.	-	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
5	Registrar como donante excluido permanente.	Anexo N°02	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
6	Registrar como donante excluido temporal.	Anexo N°02	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
7	Reprogramación del donante.	-	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
8	Registrar como donante apto.	Anexo N°02	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
9	Llenar ficha de consentimiento informado.	Anexo N°03	Médico patólogo	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

OTROS

REGISTROS:	- Excel
ANEXOS:	- Flujograma del procedimiento - Anexo N° 01 - Anexo N° 02 - Anexo N° 03



FLUJOGRAMA: PRECALIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL DONANTE



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Extracción y fraccionamiento	PM02.02.03.02
------------------------------	----------------------

PROCESO	PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
OBJETIVO	Establecer el procedimiento de extracción y fraccionamiento de unidades de paquete globular en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
ALCANCE	Es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
MARCO LEGAL	1. Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, que aprueba el documento Técnico Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 y sus modificaciones. 2. Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes. 3. Resolución Jefatural N°381-2016-IGSS, aprueba Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
RESPONSABLE	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO/UNIDAD ORGÁNICA
1	Identificar donante apto. Revisar: Anexo N°2, Anexo N°3.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
2	Rotular bolsas y tubo para extracción sanguínea. -1 bolsa cuádruple. -1 tubo lila. -1 tubo amarillo.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
3	Colocar la aguja para extraer sangre en el brazo del donante.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

4	Tomar muestra para tamizaje e inmunohematología.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
5	Extraer unidad y monitorear eventos adversos. Nota: - Si ocurre reacción adversa continua la actividad N° 6. - Si no ocurre reacción continuar la actividad N° 9.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
6	Proceso de manejo de evento adverso. Nota: - Si donante se recupera continua la actividad N° 8. - Si donante no se recupera continua la actividad N° 7.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
7	Culminar la extracción.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
8	Continuar la extracción.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
9	Completar extracción.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
10	Retirar acceso venoso e indicar reposo por 15 minutos.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
11	Sellar las bolsas, descartar aguja y otros.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre



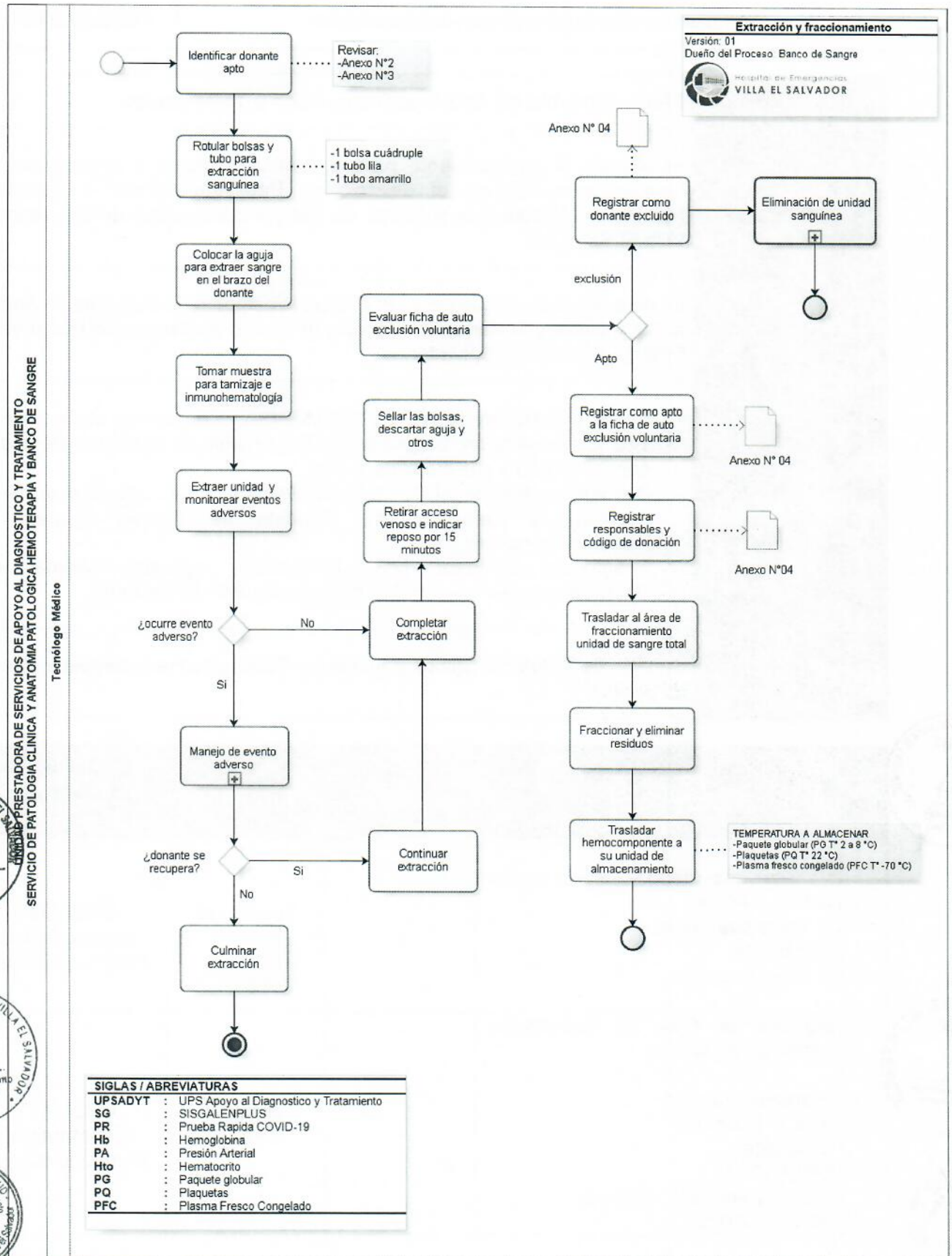
12	Registrar ficha de auto exclusión voluntaria. Nota: - Si la ficha de auto exclusión es apto continua la actividad N° 15. - Si la ficha de auto exclusión es excluido continua la actividad N° 13.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
13	Registrar como donante excluido.	Anexo N° 04	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
14	Proceso de eliminación de unidad sanguínea.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
15	Registrar como apto a la ficha de auto exclusión voluntaria.	Anexo N° 04	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
16	Registrar responsables y código de donación.	Anexo N° 04	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
17	Trasladar al área de fraccionamiento unidad de sangre total.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
18	Fraccionar y eliminar residuos.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
19	Trasladar hemocomponente a su unidad de almacenamiento.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

OTROS

REGISTROS:	- Ficha de auto exclusión voluntaria
ANEXOS:	- Flujograma del Procedimiento - Anexo N° 04



FLUJOGRAMA: EXTRACCIÓN Y FRACCIONAMIENTO



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Almacenamiento y distribución de hemocomponentes

PM02.02.03.03

PROCESO	PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
OBJETIVO	Establecer el procedimiento para el almacenamiento y distribución de hemocomponentes en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
ALCANCE	Es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
MARCO LEGAL	- Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, que aprueba el documento Técnico Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 y sus modificaciones. - Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes. - Resolución Jefatural N°381-2016-IGSS, aprueba Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
RESPONSABLE	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre.

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO/ UNIDAD ORGÁNICA
1	Verificar etiquetado y sellado de las bolsas y tubos. -1 bolsa cuádruple. -1 tubo lila. -1 tubo amarillo.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
2	Ingresar al área de cuarentena hemocomponentes. -Paquete globular (PG T° 2 a 8 °C) -Plaquetas (PQ T° 22 °C) -Plasma Fresco Congelado (PFC T° -70 °C)	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre



3	Realizar exámenes de inmunohematología.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
4	Evaluar resultados inmunohematológicos. Nota: - Si anticuerpos irregulares son negativos y Coombs Directos son negativos (todos los hemocomponentes), y si los anticuerpos irregulares son positivos y Coombs Directos son negativos (paquete globular) continua la actividad N° 6. - Si anticuerpos irregulares son positivos ó negativos y Coombs Directos positivos, continuar la actividad N° 5	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
5	Proceso de eliminación de hemocomponentes.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
6	Enviar suero a tamizaje.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
7	Proceso de tamizaje.	-	-	-
8	Evaluar resultado. Nota: - Si es reactivo realizar la actividad N° 5. - Si no es reactivo continuar la actividad N° 9.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
9	Asignar lote y sello de calidad a hemocomponente.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre



10	Trasladar a almacenamiento alta de cuarentena.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
11	Colocar hemocomponente a almacenamiento final.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

OTROS	
REGISTROS:	-
ANEXOS:	- Flujograma del Procedimiento.

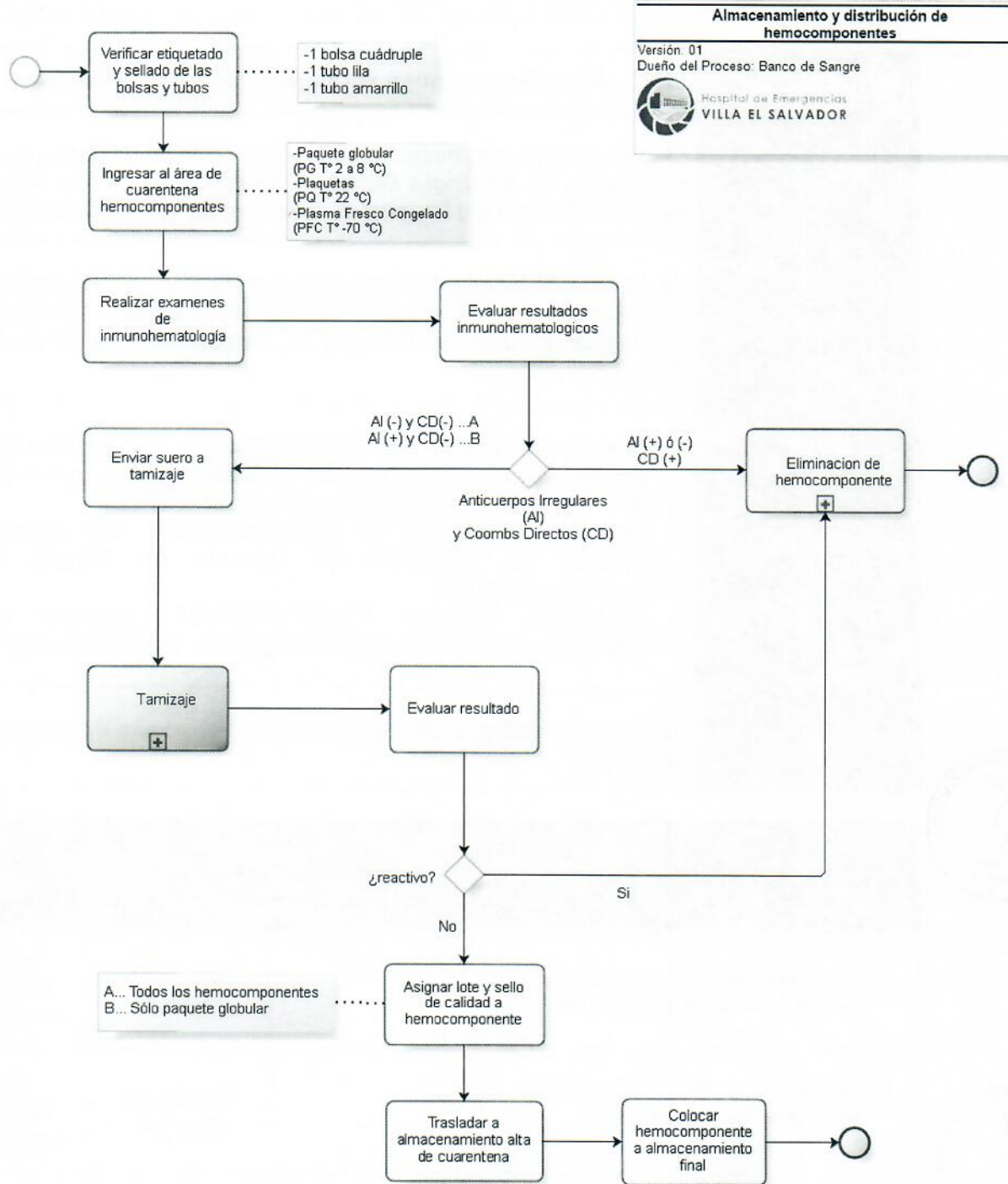


FLUJOGRAMA: ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES



UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

Tecnólogo Médico



SIGLAS / ABREVIATURAS

UPSADYT	: UPS Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
SG	: SISGALENPLUS
AI	: Anticuerpo Irregulares
CD	: Coombs Directo



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Eliminación de unidades sanguíneas	PM02.02.03.04
------------------------------------	----------------------

PROCESO	PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
OBJETIVO	Establecer el procedimiento para la eliminación de unidades sanguíneas en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
ALCANCE	Es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
MARCO LEGAL	- Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, que aprueba el documento Técnico Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 y sus modificaciones. - Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes. - Resolución Jefatural N°381-2016-IGSS, aprueba Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
RESPONSABLE	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre.

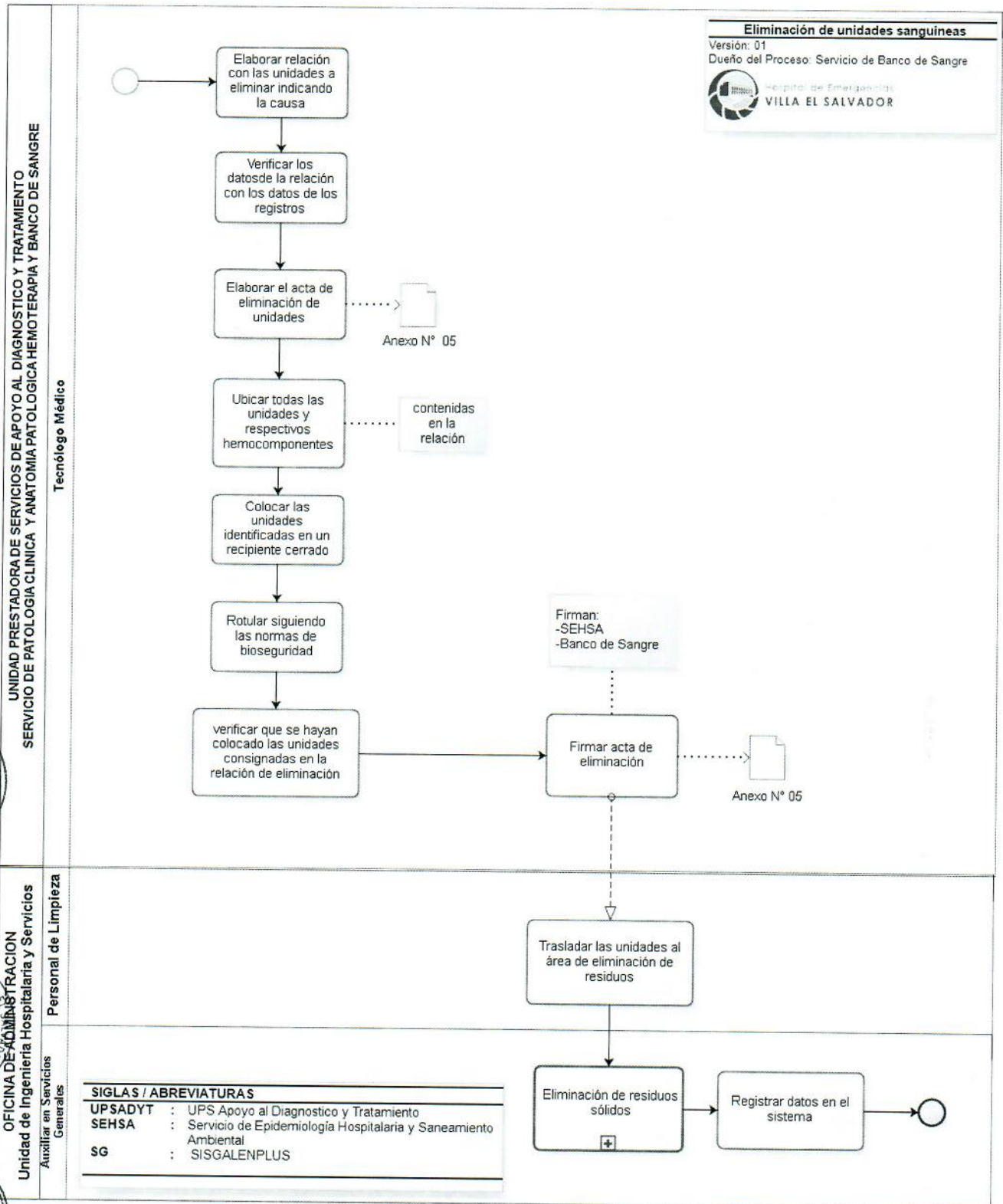
N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO/ UNIDAD ORGÁNICA
1	Elaborar relación con las unidades a eliminar indicando la causa.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
2	Verificar los datos de la relación con los datos de los registros.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
3	Elaborar el acta de eliminación de unidades.	Anexo N° 5	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

4	Ubicar todas las unidades y respectivos hemocomponentes.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
5	Rotular siguiendo las normas de bioseguridad.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
6	verificar que se hayan colocado las unidades consignadas en la relación de eliminación.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
7	Firmar acta de eliminación, por el Servicio de Epidemiología Hospitalaria y Saneamiento Ambiental, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre.	Anexo N° 5	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
8	Trasladar las unidades al área de eliminación de residuos	-	Personal de limpieza	Oficina de Administración UIHyS
9	Proceso de Eliminación de residuos sólidos	-	Auxiliar de Servicios Generales	Oficina de Administración UIHyS
10	Registrar datos en el sistema	-	Auxiliar de Servicios Generales	Oficina de Administración UIHyS

OTROS

REGISTROS:	-
ANEXOS:	- Flujograma del Procedimiento. - Anexo N° 05

FLUJOGRAMA: ELIMINACIÓN DE UNIDADES SANGUÍNEAS



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Atención de solicitud transfusional	PM02.02.03.05
-------------------------------------	----------------------

PROCESO	PM02. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
OBJETIVO	Establecer el procedimiento para la Atención de solicitud transfusional en el Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
ALCANCE	Es de aplicación obligatoria en la Unidad Prestadora de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital de Emergencia Villa El Salvador.
MARCO LEGAL	- Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, que aprueba el documento Técnico Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 y sus modificaciones. - Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes. - Resolución Jefatural N°381-2016-IGSS, aprueba Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. - Resolución Directoral N° 047-2019-DE-HEVES, que aprueba el protocolo de administración de sangre y hemocomponentes.
RESPONSABLE	Servicio de Patología Clínica y Anatomía Patológica Hemoterapia y Banco de Sangre

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	EJECUTOR	ÓRGANO/ UNIDAD ORGÁNICA
1	Entregar Anexo N° 06, 07 y muestra de sangre.	-	Personal de la UPSS de origen	UPSS de Origen
2	Recepcionar Anexo N° 06, 07 y muestra de sangre.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
3	Desinfectar la muestra, desinfección de la superficie del tubo lila con alcohol 70° o lejía al 0.5% mínimo 15 minutos.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

4	Verificar Anexo N° 06, 07. Nota: - Si Anexo N° 06 y 07 es conforme continua la actividad N° 7. - Si Anexo N° 06 y 07 no es conforme continua la actividad N° 5.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
5	Observar y comunicar a la UPSS.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
6	Levantar observaciones, e inicia con la actividad N° 1.	-	Personal de la UPSS de origen	UPSS de Origen
7	Iniciar prueba de compatibilidad.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
8	Registrar y verificar resultado. Nota: - Si es compatible la prueba continua la actividad N° 11. - Si no es compatible la prueba continua la actividad N° 9.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
9	Buscar otra unidad de hemocomponente. Nota: - Si persiste la incompatibilidad continua la actividad N° 10. - Si no persiste la incompatibilidad continua la actividad N° 11.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
10	Comunicar a la UPSS solicitante.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre

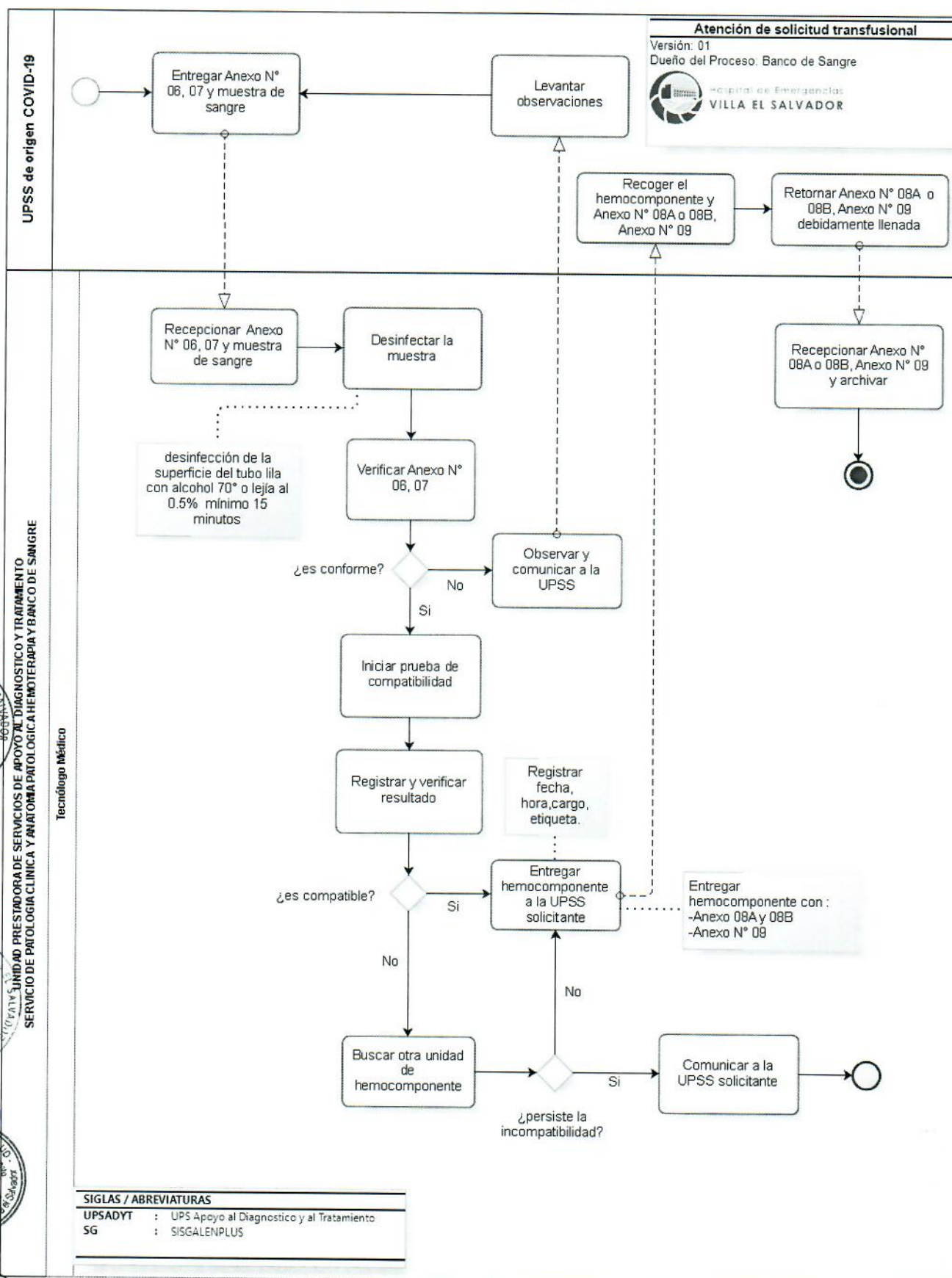


11	Entregar hemocomponente a la UPSS solicitante, registrar fecha, hora, cargo, etiqueta, y entregar hemocomponente juntamente con los Anexos 08A ó 08B y Anexo N° 09.	-	Tecnólogo Médico	UPSADYT Hemoterapia y Banco de Sangre
12	Recoger el hemocomponente y Anexo N° 08A o 08B, Anexo N° 09.	-	Personal de la UPSS de origen	UPSS de Origen
13	Retornar Anexo N° 08A o 08B, Anexo N° 09 debidamente llenada.	Anexo N° 08A o 08B, Anexo N° 09	Personal de la UPSS de origen	UPSS de Origen
14	Recepcionar Anexo N° 08A o 08B, Anexo N° 09 y archivar.	-	Personal de la UPSS de origen	UPSS de Origen

OTROS	
REGISTROS:	- SG.
ANEXOS:	- Flujograma del Procedimiento. - Anexo N° 08A. - Anexo N° 08B. - Anexo N° 09.



FLUJOGRAMA: ATENCIÓN DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL



ANEXO N° 01 FORMATO DE SELECCIÓN DEL PRE-DONANTE

FORMATO DE SELECCIÓN DEL PRE-DONANTE		N°
D R V		
FECHA: ____/____/____		EDAD: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____		
DNI: _____		CELULAR: _____
PACIENTE: _____		
(APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE A QUIEN DONA)		
RESULTADO DE PRUEBA RÁPIDA COVID-19: _____		
ACCESO VENOSO:	DER IZQ AMB	PESO: _____ TALLA: _____
HTO: _____	GS: _____	EXCLUSIÓN: _____
ETIQUETA		APTO NO APTO



ANEXO N° 02 FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE A DONADOR DE SANGRE

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Centro Hospital Santa Rosa																			
ANEXO N° 01: FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE A DONADOR DE SANGRE																			
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA																			
Fecha (dd/mm/aaaa) DNI o N° Pasaporte o Carnet de extranjería (Vigente) TIPO DE DONANTE: Voluntario ☐ Autólogo ☐ Reposición ☐ DONANTE DE: Sangre Total ☐ Aféresis ☐	N° Postulante Código del Donante Grupo Sanguíneo ABO y Rh Rh positivo ☐																		
1: DATOS PERSONALES Para ser completado por el postulante																			
APELLIDOS: NOMBRES: SEXO: ☐ M ☐ F EDAD (Años Cumplidos) LUGAR DE NACIMIENTO: FECHA DE NACIMIENTO PROCEDENCIA: ESTADO CIVIL DOMICILIO: DISTRITO: PROV: DPTO: OCUPACIÓN: TELEF: CEL: E MAIL: LUGAR DE TRABAJO: VIAJES: PERMANENCIA: FECHA: Otras:																			
2: EXAMEN FÍSICO Para ser realizado por el examinador																			
Peso: Kms Talla: Mt Pres Art: mmHg Frec Card: L/min Inspecc. brazos (Acceso venoso) OBSERVACIONES: 																			
En caso se determine que el postulante hasta este punto no califica para continuar el Proceso, se da por finalizado este. Firmando el postulante en señal de aceptación.																			
Postulante: (Pre-extracción) Firma Entrevistador Firma	Huella dactilar																		
3: PROTOCOLO DE SELECCIÓN DEL DONANTE Para ser completado con apoyo del examinador																			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregamos?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Tiene más de 18 años?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Pesa más de 50 Kilos?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Ha donado sangre en los últimos dos (2) meses? ¿Dónde?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Está tomando o tomó algún medicamento en los últimos días?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Cuales?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Por qué?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> <tr> <td>¿Se encuentra ahora bien de salud?</td> <td style="text-align: right;">SI NO</td> </tr> </table>		¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregamos?	SI NO	¿Tiene más de 18 años?	SI NO	¿Pesa más de 50 Kilos?	SI NO	¿Ha donado sangre en los últimos dos (2) meses? ¿Dónde?	SI NO	¿Está tomando o tomó algún medicamento en los últimos días?	SI NO	¿Cuales?	SI NO	¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico?	SI NO	¿Por qué?	SI NO	¿Se encuentra ahora bien de salud?	SI NO
¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregamos?	SI NO																		
¿Tiene más de 18 años?	SI NO																		
¿Pesa más de 50 Kilos?	SI NO																		
¿Ha donado sangre en los últimos dos (2) meses? ¿Dónde?	SI NO																		
¿Está tomando o tomó algún medicamento en los últimos días?	SI NO																		
¿Cuales?	SI NO																		
¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico?	SI NO																		
¿Por qué?	SI NO																		
¿Se encuentra ahora bien de salud?	SI NO																		
EN LAS PRÓXIMAS 24 HORAS: ¿Va a realizar actividad laboral, deportivas u otras actividades riesgosas? SI NO																			
EN LAS ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS: ¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad? SI NO																			
EN EL ÚLTIMO MES: ¿Recibió alguna vacuna? ¿Cual? SI NO ¿Tuvo contacto con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa? SI NO																			
EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES: ¿Se colocó Ud tatuajes, "piercing", en algún lugar del cuerpo o tuvo contacto accidental con sangre? SI NO ¿Tuvo Ud intervenciones quirúrgicas? SI NO																			





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El SalvadorMANUAL DE PROCEDIMIENTOS
ATENCIÓN DE BANCO DE SANGRE - COVID-19

MAPRO PM02

Versión: 1

Página: 25 de 34

EN ALGUNA OCASIÓN DURANTE SU VIDA:

¿Padece de alguna enfermedad o molestia que requiere control? SI NO

Mencione la enfermedad o molestia

SI ES UD MUJER

Fecha de última regla:/...../..... ¿Está gestando actualmente? SI NO

¿Esta Ud actualmente dando de lactar? SI NO

Fecha de último parto N° de gestaciones:

4. CON ASESORÍA DEL ENTREVISTADOR

¿Cree que podría ser o tiene dudas respecto a que podría ser portador de VIH, Hepatitis B y C? SI NO

¿Alguna vez en su vida uso drogas ilícitas endovenosas u otras? SI NO

¿Tiene o ha tenido conducta sexual de riesgo en el último año? SI NO

¿Se ha hecho alguna prueba de descarte de VIH? SI NO

¿Ha mantenido relaciones íntimas con personas diagnosticadas de hepatitis B, C, VIH? SI NO

¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual? SI NO

Sífilis SI NO

Chancro SI NO

Gonorrea SI NO

Otras SI NO

PRE-CALIFICACIÓN:

APTO:

(Marca con una "X")

☐

Tiempo(Días)(Meses)(Años)

NO APTO TEMPORAL

(Marca con una "X")

☐

Fecha que puede retomar: ____/____/____

MOTIVO

NO APTO PERMANENTE

(Marca con una "X")

☐

MOTIVO:

En caso se determine que el postulante hasta este punto no califica para continuar el proceso, se da por finalizado este
Firmado el postulante en señal de aceptación.

Postulante:

(Pre-extracción)

Firma

Entrevistador:

Firma y Sello:

Válido por:

(Firma y Sello)



Huella Dactilar

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

HBsAg:	Anti Sífilis:	Ag-Ac VIH:
Anti HTLV I-II:	Anti Core VHB:	Anti VHC:
	Anti Chagas:	

Nombre del Responsable: Firma y Sello:

CALIFICACIÓN DEL DONANTE FINAL

APTO

☐

NO APTO TEMPORALMENTE

☐

NO APTO PERMANENTEMENTE

☐

Nombre del Calificador: Firma y Sello:

Observaciones:



www.heves.gob.pe

#EstásEnBuenasManos



ANEXO N° 03 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE

EG05 – FR05: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE (Hoja 1 de 1)

Grupo Sanguíneo: Factor Rh: N° de Postulante:
 Fecha: N° de Donante:

I. DATOS PERSONALES:

Nombre:	Edad: años	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Ocupación:	Estado Civil:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Procedencia:	Domicilio:	
Centro de Trabajo:	Teléfono casa:	Celular:

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, voluntariamente dono mi sangre y derivados a esta institución. Concedo autorización para que se obtenga la cantidad apropiada de sangre y sea examinada y utilizada en la transfusión sanguínea. He tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, y entiendo lo que es y cuales son sus riesgos y también he tenido oportunidad de rechazar que lo realicen. He revisado y entendido la información que me dieron referente a la propagación del virus del SIDA a través de donaciones de sangre, plaquetas o plasma, por lo tanto yo considero que mi sangre debe ser examinada para los anticuerpos del SIDA y otras enfermedades infecciosas. En mi consentimiento yo certifico que he contestado con toda veracidad las preguntas que se me realizaron. Yo por medio de la presente eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros de cualquier reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta donación y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.



Firma del Donante

Huella Digital



Firma y Sello del que realiza
La Extracción

ANEXO N° 04 FICHA DE AUTO EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL

PRONAHEBAS

CENTRO DE HEMOTERAPIA

FECHA:

N° REGISTRO:

FICHA DE AUTO EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Su ayuda en la lectura y correcta respuesta de esta hoja es fundamental tanto para su seguridad como la del receptor. Le informamos que cada donación se somete a las siguientes pruebas: Hepatitis B y C, SIDA, HTLV-I y II y Sífilis. Si Ud. no quiere someterse a estos análisis, no de sangre. Ya que esto implica someterse a estas y otras pruebas obligatorias. La confidencialidad de los resultados obtenidos en las pruebas esta garantizada.

UD. NO PUEDE DAR SANGRE si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

Tiene SIDA o esta infectado por el virus del SIDA (tiene anticuerpos).

Se ha inyectado drogas alguna vez en su vida.

Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.

Esta diagnosticado de Coagulopatía grave (hemofilia, etc.) y por ello necesita tratamiento con factores de coagulación en forma continua.

En los últimos 12 meses ha mantenido relaciones sexuales, aunque haya sido solo una vez, con alguna persona que se encuentre en algunas de las situaciones mencionadas anteriormente.

En los últimos 12 meses ha mantenido relaciones sexuales, con varios hombres y/o mujeres.

Por favor, si no se encuentra en alguna de las situaciones mencionadas anteriormente, continúe llenando el cuestionario:

- | | | |
|--|--------|--------|
| ¿Pesa menos de 50 Kgs.? | NO () | SI () |
| ¿Le han rechazado alguna vez como donante? | NO () | SI () |
| ¿Ha dado sangre en los últimos 12 meses? | NO () | SI () |
| Cuántas: | | |
| ¿Ha ido al médico o ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? | NO () | SI () |
| ¿Esta tomando algún medicamento en estos días? | NO () | SI () |
| ¿Se ha aplicado alguna vacuna en las últimas 2 semanas? | NO () | SI () |
| ¿Ha sufrido alguna enfermedad cardíaca, pulmonar, digestiva o hepática? | NO () | SI () |
| ¿Ha tenido alguna infección grave (TBC, Fiebre Maltá, Paludismo, Sífilis, Gonorrea)? | NO () | SI () |
| ¿Ha viajado el último año a zonas donde haya paludismo? | NO () | SI () |
| ¿Está embarazada o lo ha estado en los últimos 6 meses? | NO () | SI () |
| ¿Le han realizado alguna extracción dentaria en los últimos 3 días? | NO () | SI () |
| ¿Se ha sometido a una intervención quirúrgica en los últimos 12 meses? | NO () | SI () |
| ¿Ha recibido sangre o alguno de sus derivados en los últimos 12 meses? | NO () | SI () |
| ¿Se ha hecho acupuntura o agujeros para aretes en los últimos 12 meses? | NO () | SI () |
| ¿Ha tenido Hepatitis después de los 12 años? | NO () | SI () |
| ¿Ha tenido contacto íntimo con personas afectadas de Hepatitis en los últimos 12 meses? | NO () | SI () |
| ¿Ha perdido el conocimiento en alguna ocasión? | NO () | SI () |
| ¿Tiene que conducir un vehículo de transporte en las próximas 6 horas? | NO () | SI () |
| ¿Tiene que realizar un trabajo que demande gran esfuerzo físico en las próximas 6 horas? | NO () | SI () |

Con mi firma declaro que he leído y entendido los motivos para dar sangre y que no me encuentro en ninguna de estas situaciones. Asimismo, doy mi consentimiento para hacer la donación de sangre y que el Centro de Hemoterapia que lo recibe haga un uso racional de ella.

CODIGO DE DONACION

FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL DONANTE

CODIGO DE LA UNIDAD

MEDICO RESPONSABLE DE ESTA DONACION:

RESPONSABLE DE LA ATENCION AL DONANTE:

DATOS DEL DONANTE

Apellidos y Nombre del Donante:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nac.:

Dirección:

Distrito: Provincia:

Teléfono: DNI:

Ocupación: Estado civil:

Centro de trabajo: Teléfono:

Lugar de residencia en los 6 últimos meses:

EXAMEN MEDICO

Peso: Kg. P.A.:/..... Mm Hg Pulso: x min.

Temperatura: °C Hematocrito: % Grupo sg y Rh:

Observación Médica:



ANEXO N° 05 ACTA DE ELIMINACIÓN DE HEMOCOMPONENTES

EG010-FR02: ACTA DE ELIMINACION DE HEMOCOMPONENTES

MES DE

El de Setiembre del 20.... siendo las horas , en presencia de:

En cumplimiento con las Normas de Seguridad, se procede a la eliminación de las unidades y/o componentes sanguíneos, los cuales reúnen las siguientes características:

No	LOTE	SELLO	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR	FECHA DE EXTRACCION	HEMOCOMPONENTE ELIMINADO	MOTIVO ELIMINACION
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						

.....
Responsable de Saneamiento Ambiental

.....
Encargada del Área de Hemoterapia y Banco de Sangre



ANEXO N° 06 SOLICITUD TRANSFUSIONAL

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador		Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre - Tipo I	
			Código: HEVESBS-F-001	
	SOLICITUD TRANSFUSIONAL		Versión: 1.1	
			Fecha:	
			Página: 1 de 1	

Fecha:		Hora:		Anexo:	
--------	--	-------	--	--------	--

DATOS PERSONALES									
Apellidos y Nombres					GRUPO:		Rh:		
Historia Clínica	Sexo:	M	F	Edad	Religión				
Servicio				Cama		Peso (kg)			

Marque con un aspa "X"

ANTECEDENTES	Si	No	Desconocido
Transfusiones previas:			
Reacciones Transfusionales:			
Incompatibilidad Feto Materno			
Embarazos previos:	N°	Abortos:	N°

Importante: Esta solicitud **NO** será aceptada si no esta debidamente firmada por el médico tratante

Ley 26454 Art 28: La transfusión de sangre humana con fines terapéutico, constituye un **ACTO MÉDICO** que debe llevarse a cabo después de un estudio racional y específico de la patología.

Art. 30: La transfusión de sangre se efectuará bajo el control del personal médico que tenga a cargo el tratamiento del paciente.

Los valores deberán estar actualizados al día de la solicitud

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:							
Hb (g/dl)		Hto (%)		Plaquetas		TP / INR	
						Fibrinógeno:	
REQUERIMIENTO		Unidades		REQUERIMIENTO ESPECIAL		Unidades	
Paquete Globular				Fracción pediátrica			
Plasma Fresco Congelado				Sangre Reconstituida			
Plaquetas (aféresis)				Otros (Especificar)			
Plaquetas simples				Volumen (ml)			
Crioprecipitado				Especificaciones de la transfusión (Especificar)			

Marque con un aspa "X"

REQUISITO:		
PROGRAMADA ☐	URGENTE 60 minutos ☐	MUY URGENTE ☐
En caso de requerir el hemocomponente SIN PRUEBA CRUZADA: Fecha de Programación:/...../..... Firma y Sello de Médico Tratante:		

PERSONAL RESPONSABLE		
Personal que toma la muestra	Médico Solicitante	Personal de Banco de Sangre que recibe solicitud
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello
Fecha: Hora:	Fecha: Hora:	Fecha: Hora:

(*) Se deberá remitir a los familiares a banco de sangre



ANEXO N° 07 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador		Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I
			Código:
			Versión:
			Fecha:
			Página

Fecha:				DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	
Apellidos y Nombres:					
DNI:		Historia Clínica:		Edad:	Fecha Nac:
Servicio:		Cama:	Religión:		

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre éste procedimiento y entiendo lo que es y cuáles son los riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, HTLV I/II, Hepatitis B, Hepatitis C, Enfermedad de Chagas y Sífilis a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma, conforme a las Normas Legales.

Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Nombre del Receptor Familiar Apoderado:
(Indicar filiación en caso de Familiar)

Firma del Receptor Familiar Apoderado

DNI:



HUELLA DIGITAL

Firma y sello del Médico tratante

El sello y firma del Médico solicitante validará el Consentimiento Informado en caso de no estar presente el familiar o apoderado.

CLAUSULA DE REVOCATORIA

YO, Al firmar la presente Cláusula, REVOCO el consentimiento otorgado a los médicos para proceder con el procedimiento y/o cirugía asumiendo plena responsabilidad de lo que esto implica, declaro que por razones estrictamente personales, y siempre bajo el uso pleno de mis facultades mentales y mi libre voluntad, dejó sin efecto el Consentimiento Informado. Con esta decisión asumo responsablemente los riesgos potenciales que de ella se deriven y exonero de toda responsabilidad al equipo médico y demás profesionales de la salud que venían manejando mi caso en el "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".

Lima, de del 20....

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(HUELLA DIGITAL)
INDICE DERECHO

DNI:



ANEXO N° 08A HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador		Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre - Tipo I	
	HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES		Código: HEVESBS-F-T-002	
			Versión: 1.1	
			Fecha: 1 de 1	
Fecha:		<i>Llenado por personal responsable de la transfusión</i>		
PACIENTE				
N° Lote Unidad:		Sello de Calidad:		GS y Rh Unidad:
Hemocomponente: PG PFC PQ CONC PQ CRIO STR				
Edad:	Peso:	Talla:	Sexo: M F	Grupo Sanguíneo del Paciente:
ANTECEDENTES :				
Drogadicción Endovenosa ☐		Contacto Sexual de Riesgo ☐		Asma ☐
Alergia medicamentosa ☐		Linfogranuloma Venéreo ☐		Diálisis ☐
Otras alergias ☐		Gonorrea ☐		Consumo de Alcohol ☐
Hepatitis ☐		Lúes ☐		Otros:
TRANSFUSIONES PREVIAS:				
FECHA	UNIDADES	COMPONENTE	REACCION ADVERSA	INSTITUCIÓN
CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN:				
Hora de Inicio:		Hora de término:		
Parámetro / Hora				
Presión Arterial				
Frecuencia del pulso				
Frecuencia respiratoria				
Temperatura				
Hematocrito / Palidez				
Cianosis				
Sangrado / plaquetas				
Volumen transfundido				
ESTADOS CLÍNICOS (Indicar con una Cruz en una de las casillas según corresponda)				
E. Conciencia :	Consciente ☐	Somnoliente ó Desorientado ☐	Coma ☐	
E. Cardiovascular:	Normal ☐	Infarto, HTA, Valvulopatía, Angina ☐	Otro:	
E. Pulmonar:	Normal ☐	Enfermedad Parenquimal Pulmonar, Asma, EPOC ☐		
REACCIONES ADVERSAS (Indicar con una Cruz en una de las casillas según corresponda)				
Dolor subesternal ☐	Rash ☐	Urticaria ☐	Disnea ☐	
Hemoglobinuria ☐	Escalofríos ☐	Fiebre ☐	Otros ☐	
Cefalea ☐	Hipotensión ☐	Vómitos ☐		
_____ Enfermera(o) (Firma y Sello)		_____ Médico(a) Responsable (Firma y Sello)		
<i>Devolver este documento al Banco de Sangre con bolsa transfundida sin aguja</i>				



ANEXO N° 08B HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES MASIVAS

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador	Servicio de Hematología y Banco de Sangre Tipo I
		Código
		Moneda
		Fecha

HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES MASIVAS

FECHA: ____/____/____

APELLIDOS Y NOMBRES:				DIAGNOSTICO :			
Lote (1):	SNC:	Componente:	PG	PFC	PQ	Crio	GS Y Rh:
Lote (2):	SNC:	Componente:	PG	PFC	PQ	Crio	GS Y Rh:
Lote (3):	SNC:	Componente:	PG	PFC	PQ	Crio	GS Y Rh:
Lote (4):	SNC:	Componente:	PG	PFC	PQ	Crio	GS Y Rh:
Lote (5):	SNC:	Componente:	PG	PFC	PQ	Crio	GS Y Rh:
EDAD:	PESO:	TALLA :	SEXO: ☐ M ☐ F	G.S y Rh del Paciente :			

ANTECEDENTES

Uso de Drogas EV ☐	Alergia Medicamentosa ☐	Diálisis ☐	Lues ☐
Otras Alergias ☐	Linfogranuloma venéreo ☐	Hepatitis ☐	Asma ☐
Contacto sexual de riesgo ☐	Consumo de alcohol ☐	Gonoreya ☐	Otros ☐

TRANSFUSIONES PREVIAS

FECHA	N° UNIDAD	COMPONENTES	REACCIONES ADVERSAS	LUGAR	OBSERVACIONES

CONDUCCION DE LA TRANSFUSION:

	Lote (1)	Lote (1)	Lote (2)	Lote (2)	Lote (3)	Lote (3)	Lote (4)	Lote (4)	Lote (5)	Lote (5)
Hora:										
Presión Sanguínea										
Frecuencia del pulso										
Respiraciones										
Temperatura										
Palidez/hematocrito										
Cianosis										
Sangrado (Plaquetas)										
Volumen de sangrado										

*DETERMINABLE EN SALA DE OPERACIONES ☐

ESTADO CLINICO:

Estado de Conciencia : Consciente ☐	Somnoliento o Desorientado ☐	Coma ☐
Estado Cardiovascular : Normal ☐	Infarto de miocardio, HTA, Valvulopatía, Angina ☐	
Estado Pulmonar : Normal ☐	Enfermedad Parenquimal Pulmonar, Asma EPOC ☐	

REACCIONES ADVERSAS

Dolor Sub Eteral ()	Fiebre ()	Urticaria ()	Otros ()
Hemoglobinemia ()	Escalofríos ()	Tos ()	
Sangrado en Capa ()	Hipotensión ()	Disnea ()	

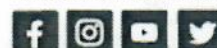
Enfermera

Médico

Ley 26454 Art 28: La transfusión de sangre humana con fines terapéutico, constituye un ACTO MEDICO que debe llevarse a cabo después de un estudio racional y específico de la patología.

www.heves.gob.pe

#EstásEnBuenasManos



ANEXO N° 09 REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

	Hospital de Emergencias Villa El Salvador	Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre - Tipo I
	REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL	Código: HEVESBS-F-001
		Versión: 1.1
		Fecha: _____ Página: 1 de 1

INDICACIONES GENERALES FRENTE UNA REACCION TRANSFUSIONAL

- SUSPENDER LA TRANSFUSIÓN. Notifique de inmediato al médico tratante.
- Verificar la identidad del PACIENTE, que correlacione con la hoja de conducción y datos del HEMOCOMPONENTE.
- Completar este formato de Investigación de Reacciones Transfusionales.
- El formato DEBERÁ SER FIRMADO POR EL MÉDICO QUE ATIENDE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL.
- Comunicar al Banco de Sangre la reacción transfusional. Devolver el hemocomponente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, con una copia del formato de Reporte de Reacciones Transfusionales. Dependiendo de la reacción transfusional se solicitará una muestra de sangre del paciente.
- Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar al laboratorio con el rótulo de "Reacción Transfusional".

Llenado por Enfermería, revisado y firmado por el médico responsable de la transfusión

PACIENTE	
H.C.: _____	Servicio: _____
Cama: _____	
N° Unidad de Hemocomponente: _____ (Marca "X")	
☐ Paquete Globular ☐ Plasma Fresco Congelado	☐ Crioprecipitado ☐ Plaquetas
Fecha: _____ / _____ / _____	
Cantidad Transfundida: _____ mL Premedicación previa a Transfusión: _____	Hora de Inicio de Transfusión: _____ (am/pm) Hora de Suspensión de Transfusión: _____ (am/pm) Hora de Notificación al Médico: _____ (am/pm) Hora de Notificación al Banco de Sangre: _____ (am/pm) Hora de Recolección de la Orina: _____ (am/pm)
Infusión de Hemocomponente: Vía específica para la infusión ☐ Vía utilizada para administrar otra medicación ☐ Especificar: _____	
Signos y Síntomas Clínicos	
Fiebre (To): Pre: _____ Post: _____ Presión Arterial: Pre: _____ Post: _____	Frecuencia de pulso: Pre: _____ Post: _____ Frecuencia Respiratoria: Pre: _____ Post: _____
☐ Cefalea ☐ Prurito ☐ Náuseas	☐ Escalofríos ☐ Cianosis ☐ Hemoglobinuria ☐ Dolor Torácico ☐ Dolor Lumbar ☐ Edema Fascial ☐ Otros (Especifique): _____
Paciente se encuentre en: ☐ Sepsis ☐ CID ☐ Quimioterapia ☐ Tratamiento ATB ☐ Metildopa ☐ Otros: _____	
_____ Enfermería (Firma y Sello) _____ Médico (Firma y Sello)	

Llenado por el Médico del Banco de Sangre :

El Banco de Sangre deberá ser notificado en los casos de:

- Errores clericales o errores técnicos que provoquen reacción transfusional en el paciente.
- Hemólisis o Test de Coombs Directo Positivo en las muestras Post Transfusional en el paciente.

Notificación: _____

Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____ am / pm

Estudios adicionales

☐ Bilirrubina 5 -7 hrs. Post-transfusión: ☐ Perfil de Coagulación: ☐ Hemograma:	☐ Examen de orina: ☐ Hemocultivo: ☐ Otros: _____
--	---

RESUMEN:

☐ Reacción hemolítica inmediata ☐ Reacción hemolítica tardía ☐ Reacción hemolítica no inmune ☐ Hepatitis post-transfusional	☐ Sobrecarga Circulatoria ☐ Contaminación Bacteriana ☐ Alergia - urticaria ☐ Transfusión asociada a Enferm. Transmisible	☐ Anafilaxis ☐ Fiebre ☐ Otro: _____
--	---	--

Reporte y Recomendaciones del Médico del Servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre:

Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____ am / pm Médico (Firma y Sello)

Original: Banco de sangre Copia: Historia Clínica

