



Resolución Directoral

Puente Piedra, 19 de marzo de 2024

VISTO:

El Expediente N°0000177; que contiene el Memorándum N°144-12/2023-BS-HCLLH, de fecha 20 de diciembre de 2023; la Nota Informativa N°003-01/2024-DPCAP-HCLLH/MINSA, de fecha 09 de enero de 2024, el Informe N°008-02-2024-AAM-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 06 de febrero de 2024; la Nota Informativa N°084-02-2024-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 07 de febrero de 2024, el Informe Legal N°026-2024-AJ-HCLLH/MINSA, de fecha 26 de febrero de 2024, la Nota Informativa N° 95 – 03/2024 – AJ – HCLLH/MINSA, de fecha 14 de marzo del 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, regula las actuaciones de a funciones administrativas del Estado y el procedimiento administrativo común desarrolladas en las entidades;

Que, el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, el cual aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, tiene por finalidad establecer el régimen jurídico aplicable para que la actuación de la Administración Pública sirva a la protección del interés general, garantizando los derechos e intereses de los administrados y con sujeción al ordenamiento constitucional y jurídico en general;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; y que, la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 9° de la Ley N°26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, establece que le donación de sangre humana, es un acto voluntario y gratuito, realizado con fines terapéuticos o de investigación científica. Queda prohibido el lucro con la sangre humana;

Que, el numeral a. 3 del literal a), del artículo 8° del Reglamento de la Ley N°26454, aprobado mediante Decreto Supremo N°03-95-SA, dispone que son funciones del PRONAHEBAS, el orientar el desarrollo de las actividades de capacitación de los recursos humanos, investigación, educación de la comunidad, propaganda promoción y fomento de la donación voluntaria;

Que, el artículo 4° del Decreto Legislativo N°1181, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Sector Salud está formado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



Que, los literales a) y b) del artículo 5° del Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización Y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Legislativo N°1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, han previsto como funciones rectoras del Ministerio de Salud, conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud; así como, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, al artículo 6° del Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función Rectora del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°030-2020-SA, establece que la Rectoría en Salud es función ineludible del Estado, que se ejerce exclusivamente a través del MINSA, de hacerse responsable de la promoción, protección y respeto de la salud, la vida y el bienestar de la población, así como de conducir el Sector Salud. La Rectoría en salud implica proteger la salud como derecho humano y bien público;

Que, el artículo 93° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°008-2017-SA y sus modificatorias, establece que la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre, es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública responsable de supervisar la política sectorial en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células; incluyendo además las actividades vinculadas a la obtención, donación, conservación, almacenamiento, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, asimismo se encarga de desarrollar acciones para promover la donación de sangre, tejidos y órganos en la población. Asume las funciones de la Organización Nacional de Donaciones y Trasplante (ONDT) y del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS);

Que, mediante Resolución Ministerial N°672-2018/MINSA se aprobó el "Documento Técnico: Plan Nacional para la Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre en el Perú, 2018 - 2021" con la finalidad de contribuir a que la población peruana tenga acceso a sangre humana y sus hemocomponentes de manera oportuna y segura, provenientes de donantes voluntarios de sangre;

Que, la Resolución Ministerial N°1304-2021/MINSA, de fecha 16 de diciembre del 2021, resuelve institucionalizar los meses de junio y diciembre de cada año para realizar la "Campaña de Donación de Sangre - Donatón" a fin de contar con un suministro suficiente de sangre y hemocomponentes para mejorar salud y salvar la vida de los pacientes que lo requieran;

Que, mediante el Memorándum N°144-12/2023-BS-HCLLH, de fecha 20 de diciembre de 2023 el Médico Patólogo Clínico, Dr. Nelson M. Rodríguez Gueorguiev, remite al Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024";

Que, a través de la Nota Informativa N°003-01/2024-DPCAP-HCLLH/MINSA, de fecha 09 de enero de 2024, la Médica Patóloga Clínica, Dra. Mónica E. Tineo Luque, remite a la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", para su revisión;

Que, mediante el Informe N°008-02-2024-AAM-UGC/MINSA, de fecha 06 de febrero de 2024, el Médico Cirujano, M.C. Hairo André De diós Solís, informa a la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que ha revisado el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", motivo por el cual brinda una OPINION FAVORABLE al respecto.

Que, a través de la Nota Informativa N°084-02-2024-UGC-HCLLH/MINSA, de fecha 07 de febrero de 2024, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicita a la Dirección Ejecutiva la aprobación del "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, elaborado por el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", se encuentra basado en el Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS);

Que, el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", permitirá contribuir a identificar y corregir las debilidades y potenciar las fortalezas del banco de sangre tipo I del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y con ello lograr una mejora en forma sostenida, con el fin de conseguir elementos para evaluarnos y así implementar medidas correctivas efectivas para lograr ser más eficientes, más seguros, más productivos y más competitivos;





Resolución Directoral

Que, el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", es de aplicación al personal que labora en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, la implementación de un Plan de mejora continua contempla el desarrollo integral de los profesionales de la salud involucrados, con el objetivo de establecer un documento técnico de gestión, que permita evaluar el desempeño de las actividades dentro del área de Banco de Sangre para brindar una atención de calidad con calidez;

Que, el plan también permitirá identificar oportunidades de mejora y de desarrollo dentro del área de Banco de Sangre para mejorar de manera continua la calidad de los servicios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible enfocada en la donación voluntaria y en la mejora de los procesos a fin de disminuir la posibilidad de error;

Que, mediante el Informe Legal N°026-2024-AJ-HCLLH/MINSA, de fecha 26 de febrero de 2024, el Asesor Legal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, concluye que es PERTINENTE la aprobación del "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024" con el objetivo de contribuir a identificar y corregir las debilidades y potenciar las fortalezas del banco de sangre tipo I del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y con ello lograr una mejora en forma sostenida, con el fin de conseguir elementos para evaluarnos y así implementar medidas correctivas efectivas para lograr ser más eficientes, más seguros, más productivos y más competitivos;

Que mediante Nota Informativa N° 95 – 03/2024 – AJ – HCLLH/MINSA, de fecha 14 de marzo del 2024, de la Asesoría Jurídica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se remite la aprobación del "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024".

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentra la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Con la visación del Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica; de la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, y del Asesor Legal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Que, en uso de las facultades conferidas en el literal c) del artículo 8° del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante resolución Ministerial N°463-2010-MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - APROBAR el "PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024", con el objetivo de contribuir a identificar y corregir las debilidades y potenciar las fortalezas del banco de sangre tipo I del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y con ello lograr una mejora en forma sostenida, con el fin de conseguir elementos para evaluarnos y así implementar medidas correctivas efectivas para lograr ser más eficientes, más seguros, más productivos y más competitivos; mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°. - DEJAR SIN EFECTO todo acto administrativo que se oponga a la presente resolución.

Artículo 3°. - ENCARGAR al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente resolución en el Portal institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚPLASE



MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
MC. Willy Gabriel De La Cruz López
CMP. 055290 RNE. 041777
DIRECTOR EJECUTIVO MCLLH

WGDCL/LERS/BVM

C.c.:

- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo.

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O MODIFICACIÓN	FECHA ÚLTIMA VERSIÓN
01	DOCUMENTO NUEVO	13/12/2023

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

I. INTRODUCCIÓN:

- El presente plan de mejora continua del Banco de Sangre tipo I del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz se encuentra basado en el Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS) el cual fue aprobado mediante **Resolución Ministerial N°614-2004/MINSA**.
- En este sentido como Banco de Sangre y entendiendo las necesidades diarias que tiene nuestra población tenemos por consigna el brindar una atención en base a parámetros de calidad y que respondan a las necesidades de las diversas especialidades médicas y servicios médicos asistenciales según su cartera de servicios.
- Por ello es importante asegurar la cadena de procesos con los requisitos establecidos por PRONAHEBAS asegurando la calidad de nuestras actividades y competencias establecidas en la ley para un Banco de Sangre tipo I a nivel de la Solicitud, Transporte y Recepción de hemocomponentes, almacenamiento, pruebas de Inmuno hematología básicas, transfusión de los hemoderivados y evaluación de las posibles reacciones adversas, así como de los objetivos relacionados a la promoción, participación activa y fidelización de la donación voluntaria de sangre a fin de obtener hemocomponentes de calidad conjuntamente con el Banco de Sangre tipo II con convenio vigente lo
- Todo lo antes mencionado requiere de profesionales competentes y que estén comprometidos con aplicar los procesos de mejora continua y que garanticen un acceso oportuno y de calidad de los hemocomponentes a nuestros pacientes.

II. OBJETIVO:

- Nos permitirá contribuir a identificar y corregir las debilidades y potenciar las fortalezas del banco de sangre tipo I del hospital “Carlos Lanfranco La Hoz”, con ello lograr una mejora en forma sostenida, con el fin de conseguir elementos para evaluarnos y así implementar medidas correctivas efectivas para lograr ser más eficientes, más seguros, más productivos y más competitivos.

III. ALCANCE Y AMBITO DE LA APLICACIÓN:

- Todo el personal que labora en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del “Hospital Carlos Lanfranco La Hoz”.



	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

IV. BASE LEGAL:

- Decreto Supremo N°03-95 SA, que aprobó el reglamento de la Ley N°26454.
- Decreto Supremo N°017-2022/SA que modifica el reglamento de Ley N°26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana aprobado mediante Decreto Supremo N° 03-95-SA.
- Decreto Supremo N° 004-2018-SA que modifica del Reglamento de la Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana aprobado mediante Decreto Supremo N° 03-95-SA.
- Ley N°26454 – Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.
- Ley N°26842- Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N.º 283-99-SA-DM que estableció las normas de procedimientos para control, medidas de seguridad y sanciones en relación con la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de Sangre Humana.
- Resolución Ministerial N°672-2018/MINSA que aprueba el Plan Nacional para la promoción de la donación de sangre en el Perú 2018-2021.
- Resolución Ministerial N°614-2004/MINSA que aprobó las NT N°011,012,013,014,015,016- MINSA/DGSP – V01: "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad de PRONAHEBAS

V. JUSTIFICACIÓN:

- La elaboración e implementación de un plan de mejora continua contempla el desarrollo integral de los profesionales de la salud involucrados, con el objetivo de establecer un documento técnico de gestión, que permita evaluar el desempeño de las actividades dentro del área de Banco de Sangre para brindar una atención de calidad con calidez.
- Este plan también permitirá identificar oportunidades de mejora y de desarrollo dentro del área de banco de sangre para mejorar de manera continua la calidad de los servicios del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible enfocada en la donación voluntaria y en la mejora de los procesos a fin de disminuir la posibilidad de error.



	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

VIII. DEFINICIONES

TÉRMINOS	DEFINICIÓN
Mejora Continua	ISO 9000:2006 mejora continua es "actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos"
Ciclo de Mejora:	Parte del mejoramiento continuo tiene cuatro etapas bien definidas: PLANIFICAR, HACER, VERIFICAR y ACTUAR, fue desarrollado por Walter Shewart.
Planificar	Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la institución.
Hacer	Implementar los procesos.
Verificar	Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados.
Actuar	Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y DESARROLLO DEL PLAN:

Nº	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E T	O C T	N O V	D I C	RESPONSABLE
1	Informar las no conformidades llenando los formato EG07-FR01 de PRONAHEBAS	Documento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Asistente de BS y Tecnólogo Medico
2	Analizar las causas de la no conformidad verificar los procesos y acciones a tomar.	Documento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Asistente de BS



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

3	Ejecutar las medidas preventivas y correctivas (Describir, analizar y ejecutar) a través de los formatos EG09- FR01 y EG09 – FR02 de PRONAHEBAS	Documento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Asistente de BS
4	Capacitación y difusión de las mejoras Charlas Continuas	Documento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Asistente de BS y Tecnólogo medico encargado de calidad
5	Establecer una concordancia entre los datos de los formatos físicos de las solicitudes transfusionales y los registros digitales de transfusiones a fin de reportar las estadísticas mensuales de manera correcta a la HEMORED y al departamento.	Documento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Médico Asistente de BS y Tecnólogo medico de calidad







HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024”

BANCO DE SANGRE

Código: CS.BS.N.03

Versión: 00

OBJETIVO DE CALIDAD	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS A LA CALIDAD	Médico Patólogo clínico Tecnólogo Médico Encargado de Calidad	Supervisar el cumplimiento de indicadores que permitan tomar acciones de manera continua	1) Evaluación de indicadores de relacionados a la donación voluntaria.	X	X	X	X
			2) Evaluación de indicadores de relacionados los procesos de Inmunohematología básica.	X	X	X	X
			3) Evaluación de los indicadores relacionados a las transfusiones y la seguridad transfusional.	X	X	X	X
			4) Evaluación de indicadores relacionados a las capacitaciones	X	X	X	X
ASEGURAR LA TRAZABILIDAD DEL PROCESO EN TODOS SUS PUNTOS DE CONTROL Y PROCEDIMIENTOS CLAVES	Médico Patólogo clínico Tecnólogo Médico Encargado de Calidad	Supervisión del cumplimiento del Sistema de Gestión de la calidad en todos los procesos del banco de sangre	1) Cumplimiento de las funciones básicas y específicas del personal según manual de organizaciones y funciones	X	X	X	X
			2) Cumplimiento de los procesos establecidos en el programa de procedimientos estandarizados (POE).	X	X	X	X
			3) Cumplimiento de las correcciones del reporte de las No conformidades.	X	X	X	X
			4) Cumplimiento del conocer y aplicar los protocolos establecidos en banco de sangre.	X	X	X	X
			5) Mejorar el sistema de reporte de monitorización de procedimientos claves en tiempo real.	X	X	X	X



PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024”

Código: CS.BS.N.03

BANCO DE SANGRE

Versión: 00

CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD DE LOS PROCESOS DE BANCO DE SANGRE	Médico Patólogo clínico	Capacitación de las actividades y los procesos realizados en banco de sangre	Cumplimiento del cronograma del plan de capacitación 2024 (Plan de Desarrollo de las Personas 2024)		
			1)	2)	3)
			1) Capacitación continua en coordinación con servicios hospitalarios a personal médico y no médico nuevo acerca del petitorio de estudios pre transfusional y transfusiones	X	X
			2) Capacitación continua a través de las actividades que se realicen en la DIRIS Lima Norte y con el banco de sangre tipo 2 con el cual tenemos convenio vigente “Hospital Nacional Cayetano Heredia” en temas relacionados con banco de sangre y promoción de la donación voluntaria	X	X



“ PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALID, DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”

Código: CS.BS.N.03
Versión: 00

OBJETIVO DE CALIDAD	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
ASEGURAR Y MEJORAR LAS ATENCIONES EN LAS CAMPAÑAS DE DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE	Médico Patólogo clínico Tecnólogo Médico encargado de campañas	Planificar, ejecutar y supervisar el cumplimiento del cronograma de campañas de donación voluntaria del banco de sangre	1) Promocionar el incremento de las campañas de donación voluntaria de banco de sangre a través de la implementación de un programa.	X			X
			2) Cumplimiento del cronograma anual de las campañas de donación voluntaria de banco de sangre.		X	X	X
			3) Mejorar el marketing y presupuesto de las campañas de donación voluntaria de sangre a realizar.		X	X	X
			4) Aumentar la captación de donantes voluntarios en las campañas de donación voluntaria de sangre a realizar.		X	X	X
			5) Mejorar los procesos para implementación de las campañas de donación voluntaria de sangre a realizar.		X	X	X
APROBAR LOS REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DEL BANCO DE SANGRE	Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Médico Patólogo clínico	Cumplir con los requisitos solicitados para la obtención de la autorización sanitaria del banco de sangre	1) Cumplimiento de los requisitos solicitados según normativa y decreto ley N°017-2022 SA/MINSA para la obtención de la autorización Sanitaria.	X			
			2) Enviar solicitud para evaluación por parte del Ministerio de Salud para la visita técnica.	X			
			3) Obtención de la Autorización Sanitaria		X		

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

X. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y ANEXOS

CÓDIGO	NOMBRE
EG02-FR01	PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
EG03-FR01	INVENTARIO DE EQUIPOS
EG03-FR03	FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO
EG04-FR01	FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR
EG05-FR07	REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS
EG05-FR08	SOLICITUD TRANSFUSIONAL
EG05-FR09	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES
EG05-FR12	CONSENTIMIENTO INFORMADO
EG05-CC11 Y EG05-CC12	FORMATO DE COMPATIBILIDAD Y DE PRUEBAS PRE TRANSFUSIONALES
EG06-FR01	CONTROL MAESTRO DE FORMATOS Y REGISTROS
EG06-FR02	CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS
EG07-FR01	INFORME DE NO CONFORMIDAD
EG07-FR02	REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL
EG08-FR01	FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA
EG09-FR01	INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA
EG09-FR02	INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA
EG09-FR03	RECLAMO DE LOS USUARIOS
EG10-FR02	ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES
FR-BS01	FORMATO DE CONDUCCIÓN Y DE TRANSFUSIONES
FR-BS 02	SOLICITUD DE DEPOSITO DE SANGRE
FR-BS03	CONTROL DE TEMPERATURA DEL AMBIENTE
FR-BS 04	CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



EG02- FR01: PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA O BANCO DE SANGRE DEBE CONTENER LO SIGUIENTE:

• Introducción
• Diagnóstico Basal del Entrenamiento
• Objetivos
• Líneas de Acción a Implementar
• Cursos a Desarrollar
• N° de usuarios por línea de acción
• Temario: Teórico Práctico Teórico- Práctico
• Responsable de la Capacitación:
• Certificados con Creditaje
• Réplicas
• Cronograma
• Presupuesto
• Monitoreo
• Resultados



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG03-FR01: INVENTARIO DE EQUIPOS

Dirección de Salud a la que pertenece: DIRIS LIMA NORTE

Nombre de la Institución: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (MINSA - Puente Piedra)

Nombre del Responsable del CTH o BS: XXXXXXXXX

Fecha: XXXXXXXXX

Nombre del Equipo	N° de Serie	Marca	Modelo	Código	Estado	Ubicación	Usuario Responsable



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG03-FR03: FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO	N°SERIE:
MARCA:	FABRICACIÓN:
MODELO DEL EQUIPO:	VOLTAJE:
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:	
CARACTERÍSTICAS DEL ENCENDIDO:	
CARACTERÍSTICAS DEL APAGADO:	
INSTRUCCIONES DE USO:	
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO:	
PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA:	
SERVICIO Y MANTENIMIENTO TÉCNICO:	



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG04-FR01: FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Código del Proveedor:

Nombre del Proveedor:

Producto que Provee:

EVALUACIÓN:

Calidad del Producto	BUENO	REGULAR	No Satisfactorio
Disponibilidad del Producto	BUENO	REGULAR	No Satisfactorio
Calidad del Envío	BUENO	REGULAR	No Satisfactorio
Soporte Técnico	BUENO	REGULAR	No Satisfactorio

CALIFICACIÓN:

- 0-1 Problemas en el año: Bueno
- 2 Problemas en el año: Regular
- 3 a más Problemas en el año: No Satisfactorio

RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN:

Una calificación No satisfactoria o dos Regulares son causa para retirar al proveedor de la Lista de Proveedores calificados

Nombre del Evaluador: _____ Fecha: ____ / ____ / ____





LAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALID.) DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024”

Código: CS.BS.N.03

BANCO DE SANGRE

Versión: 00



EG05-FR07: REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS

INSTITUCIÓN: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (Ex Puente Piedra- MINSA) PERSONAL: Este registro debe ser llenado por todo personal de banco de sangre terminando el turno

[illegible]

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG05-FR08:SOLICITUD TRANSFUSIONAL

Fecha:/...../.....

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos		N° de Historia Clínica	
Sexo:	Masculino: Femenino:	Edad:	Años: Grupo RH
Servicio:		Sala:	N° de Cama:
Transfusiones Previas:	SI NO DESCONOCIDO		
Reacciones transfusionales Anteriores:	SI NO DESCONOCIDO		
Embarazos previos	Abortos:	Incompatibilidad materno fetal	
Diagnostico de Enfermedad:			
Hb.....g/dl	Hto..... %	Plaquetas:...../mm3	
Requerimiento:			
Sangre Total	unidades	Plasma	unidades
Paquete Globular:	unidades	Plaquetas	unidades
Plasma Fresco Congelado	unidades	Unidades pediátricas	unidades
Crioprecipitado	unidades	Otros	unidades
Fecha:/...../.....	Hora:		
Médico	Firma y Sello del Médico Tratante		
Requisitos:			
Muy Urgente (SIN PRUEBA CRUZADA) ()		URGENTE ()	
Se autoriza para remitir la unidad sin prueba cruzada			
Firma y Sello del Médico Tratante			

IMPRESA HOLTH



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG 05- FR09: SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES

Puente Piedra, XX de XXXXXX del 2023

OFICIO N° XXX-XX - XXXXX-DE-DPC-AP-BS-HCLLH/MINSA

Señor Doctor

XXXXXXXXXXXXXX

Director General del Hospital Nacional Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado 262

San Martín de Porres - Lima

Asunto: Transferencia de Hemocomponentes

De mi consideración

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle como parte del convenio de suministro de sangre institucional del Banco de sangre Tipo I.

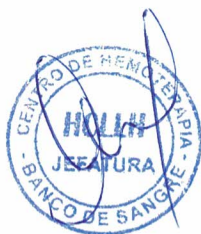
➤ XXX Hemocomponentes (especificar: Paquete Globular, Plasma, Plaquetas) Grupo Sanguíneo "X" Factor Rh: XXXXX

Los mismos que serán destinados para los siguientes pacientes de emergencia, hospitalización:

N° Unidades	Nombre y Apellido del Paciente	N° Deposito / Diagnostico
XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Agradeciendo anticipadamente la atención brindada al presente, siendo propicia para expresarle mis sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente



	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz



EG05-FR12:CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

Fecha: ____ / ____ / ____

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres del receptor:

Edad: años Sexo: Masculino () Femenino ()

Historia Clínica:

Servicio: Cama:

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realiza y que entiendo lo que es y cuales son sus 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, hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas, plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y 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 a cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma del receptor / padre / apoderado

Huella Digital



.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE



Código: CS.BS.N.03

BANCO DE SANGRE

Versión: 00

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

FORMATO: EG05 - CC11 y EG05 - CC12

FORMATO DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES DE LA SANGRE DEL RECEPTOR

[illegible]



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

**“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024”**

BANCO DE SANGRE

Código: CS.BS.N.03

Versión: 00



EG06-FR01: CONTROL MAESTRO DE FORMATOS Y REGISTROS

Nombre de la Institución: _____

Responsable del Banco de Sangre: _____

Nº	Código del Formato / Registro	Nombre del Formato/Registro	Responsable del Formato / Registro	Acceso	Tiraje Anual	Tiempo de Revisión	Ubicación Física

Nombre, Firma y Sello del Responsable

	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

EG07-FR01: INFORME DE NO CONFORMIDAD

N° de Informe de No conformidad

Fecha:

Área responsable de la no conformidad

Producto o
Servicio
No Conforme

Causa De La
No
Conformidad

Acción
Inmediata

Sugerencias

Nombre, Firma y Sello del Responsable

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



EG07 - FR02: REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

INDICACIONES GENERALES

1. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante.

2. Verificar la identidad del paciente, que correlaciones con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o componente. Verificar el número de la unidad de sangre o componente.

3. Completar el formato de investigación de Reacciones Transfusionales.

4. El formato DEBERA SER FIRMADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE LA REACCON TRANSFUSIONAL

5. Comunicar al Banco de Sangre la aparición de la reacción transfusional. Devolver la unidad de sangre o componente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, acompañado de la copia del formato de Investigación de Reacciones Transfusionales

6. Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar la muestra al laboratorio para su análisis, con el rotulo de "Reacción Transfusional".

Para ser llenado por enfermería. Debe ser revisado y firmado por el Médico que atiende la Reacción Transfusional.

Nombre del paciente: _____

HC. N°: _____ Servicio: _____ Cama N°: _____

I. N° Unidad o Componente: _____

Componente:

☐ Glóbulos Rojos

☐ Glóbulos Rojos Lavados

☐ Plasma Fresco Congelado

☐ Plasma Residual

☐ Crioprecipitado

☐ Concentrado de Plaquetas

☐ Plaquetas de Aféresis

☐ Glóbulos Rojos Desleucocitados

☐ Otros

Cantidad Transfundida: _____

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

Cambios en signos vitales y síntomas clínicos (Verificar el ítem adecuado):

Fiebre (T°) Pre: _____ Post: _____

Presión Arterial Pre: _____ Post: _____

Frecuencia de Pulso Pre: _____ Post: _____

Frecuencia Respiratoria Pre: _____ Post: _____

☐ Escalofríos

☐ Cianosis

☐ Cefalea

☐ Náuseas

☐ Dolor Torácico

☐ Prurito

☐ Edema Facial

☐ Dolor Lumbar

☐ Hemoglobiuria

☐ Otros:

Paciente se encuentra en:

☐ Sepsis

☐ CID

☐ Quimioterapia

☐ Tratamiento ATB

☐ Uso Metildopa

Firma y CEP de Enfermera: _____ Firma, Sello y CMP del Médico: _____

Para ser llenado por el Médico del Banco de Sangre o Servicio de Medicina Transfusional

II. El Servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones:

Errores Clericales o Errores Técnicos que provoquen Reacciones Transfusionales en el paciente.

Hemólisis o Test de Coombs Directo Positivo en la muestra Post Transfusional del paciente.

Notificación: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____ AM / PM

III. Estudios de Laboratorio Adicionales

☐ Bilirrubina 5 – 7 hrs post transfusión:

☐ Examen de Orina:

☐ Perfil de Coagulación:

☐ Otros: _____

RESUMEN

☐ Reacción Hemolítica Inmediata

☐ Reacción Hemolítica Tardía

☐ Reacción Hemolítica no Inmune

☐ Fiebre

☐ Sobrecarga Circulatoria

☐ Hepatitis Post transfusional

☐ Transfusión Asociada a Enfermedad Transmisible

☐ Anafilaxis

☐ Contaminación Bacteriana

☐ Alergia -Urticaria

☐ Otros

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

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____ AM / PM Firma, CMP y Sello _____

	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



EG08-FR01: FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA

N°de Evaluación Interna

Nombre de la Institución: _____

Nombre del Responsable del Centro de Hemoterapia: _____

Equipo Evaluador: _____ Fecha:

_____ Hora de Inicio

_____ Hora de Término

NO CONFIRMACIÓN / OBSERVACIONES:

EG 01. ORGANIZACIÓN: _____ _____ _____ EG 02. RECURSOS: _____ _____ _____ EG03. EQUIPAMIENTO: _____ _____ _____ EG04. ASUNTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO: _____ _____ _____ EG05. CONTROL DEL PROCESO: _____ _____ _____ EG06. DOCUMENTOS Y REGISTROS: _____ _____ _____
--



	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

EG09-FR01: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA

Nº de Informe:

ORIGEN	Reclamo de Cliente	Auditoría	No Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
--------	--------------------	-----------	----------------	--------------------------	-------------------	-------

Área Responsable: _____ Fecha de Ocurrencia: ____/____/____

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL:

Investigador: _____ Fecha de Ocurrencia: ____/____/____

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL:

MEDIDA PREVENTIVA:

Aprobado por: _____ Plazo de Implementación: _____

Firma y Sello: _____

Responsable de la Verificación: _____ Fecha de Verificación: ____/____/____

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA:

EFICAZ ☐ NO EFICAZ ☐

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE: _____

	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

EG09-FR02: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA

N° de Informe:

ORIGEN	Reclamo de Cliente	Auditoría	No Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
--------	--------------------	-----------	----------------	--------------------------	-------------------	-------

Área Responsable: _____ Fecha de Ocurrencia: ____/____/____

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL:

Investigador: _____ Fecha de Ocurrencia: ____/____/____

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS:

MEDIDA CORRECTIVA:

Aprobado por: _____ Plazo de Implementación: _____

Firma y Sello: _____

Responsable de la Verificación: _____ Fecha de Verificación: ____/____/____

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA:

EFICAZ ☐ NO EFICAZ ☐

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE: _____

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

EG09-FR03: RECLAMO DE LOS USUARIOS

Fecha de Recepción del Reclamo: ____/____/____

Hora de Recepción del Reclamo: ____:____ AM. PM.

Nombre del Usuario: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Trabajo: _____ Celular: _____

E-mail: _____

MOTIVO DEL RECLAMO:

RECEPTOR DEL RECLAMO:

ÁREA DEL RECEPTOR:

RECLAMO DIRECTO: ☐ RECLAMO POR TELEFONO: ☐ RECLAMO POR CARTA: ☐

RECLAMO POR EMAIL ☐ OTROS ☐

Nombre y Firma del Receptor del Reclamo:

Nombre y Firma de la Persona que realiza el Reclamo:

PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE ATENDER EL RECLAMO:

Fecha de Recepción: ____/____/____ Hora: ____:____ a.m. p.m.

Fecha de Solución: ____/____/____ Hora: ____:____ a.m. p.m.

SOLUCIÓN INMEDIATA:

Nombre y Firma del Responsable de Atender el Reclamo: _____

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE FORMATO DE CONDUCCION Y DE TRANSFUSIONES

(Constancia de que el médico condujo la transfusión con el apoyo de la enfermera de turno)

FECHA: _____ HORA: _____ N° H CLINICA: _____ CAMA: _____

AP. PATERNO: _____ AP. MATERNO: _____ NOMBRE: _____

N° BOLSA: _____ COMPONENTE: ☐ GR ☐ PFC ☐ PLT ☐ CRIO OTROS: _____

N° DE SELLO DE SEGURIDAD: _____ GS DE LA UNIDAD: _____

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ SEXO: ☐ M ☐ F GS DEL PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO: _____

ANTECEDENTES:

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Drogadicción endovenosa | ☐ Diálisis | ☐ Hepatitis | ☐ Alcoholismo |
| ☐ Alergia a Medicamentos | ☐ Gonorrea | ☐ Otras Alergias | ☐ Asma |
| ☐ Linfogranuloma Venero | ☐ Contacto Sexual de Riesgo | ☐ Lúes | |

Otros: _____

TRANSFUSIONES PREVIAS

FECHA	UNIDADES	COMPONENTES	REACCIONES ADVERSAS	LUGAR DE TRANSFUSION	OBSERVACIONES

CONDUCCION DE LA TRANSFUSION

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TERMINO: _____

PARÁMETRO / HORA	ANTES	5 A 10 ml					
PRESIÓN ARTERIAL							
FREQ. DE PULSO							
FREQ. RESPIRATORIA							
TEMPERATURA							
PALIDEZ / HEMATOCRITO							
CIANOSIS							
SANGRADO / PLAQUETAS							
VOLUMEN DE SANGRADO							
ESTADO DE CONCIENCIA							
ESTADO CARDIOVASCULAR ANATÓMICO							
ESTADO PULMONAR ANATÓMICO							

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Sistema De Gestión De La Calidad

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

MS-19

 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I	
SOLICITUD DE DEPOSITO DE SANGRE					
DEPOSITAR: UNIDADES DE HEMOCOMPONENTE					
PARA EL PACIENTE:					
.....					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE:			N° DNI DEL PACIENTE:		
SERVICIO:					
Puente Piedra: de del 202....					
					 Médico Tratante CMP
REQUISITO PARA LOS DONANTES:					
• PORTAR DOCUMENTO ORIGINAL (D.N.I., PASAPORTE, CARNET DE EXTRANJERIA) • RESERVAR CITA VIRTUAL EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/ TRAMITES Y SERVICIOS: BANCO DE SANGRE (http://optibloodbs.com/) AGENDAR CITA (LLENAR LOS DATOS SOLICITADOS DEL POSTULANTE A DONANTE Y EL PACIENTE, FECHA DE LA CITA Y HORA). • DEBERAN SER PERSONAS QUE NO HAYAN TENIDO REALCIONES SEXUALES CON PERSONAS DESCONOCIDAS, HOMBRES O MUJERES EN LOS ULTIMOS 12 MESES. • NO ACEPTAR A LOS VENDEDORES DE SANGRE PUEDEN TENER ENFERMEDADES INFECCIOSAS RECIENTES, SUS PRUEBAS DE LABORATORIO PUEDEN SER NEGATIVAS (PERIODO DE VENTANA) • NO TENGA MIEDO DE DONAR, LA SANGRE SE RECUPERA RAPIDAMENTE, PUEDES DONAR CADA 3 MESES LOS VARONES Y CADA 4 MESES MUEJRES					



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024"

BANCO DE SANGRE

Código: CS.BS.N.03

Versión: 00



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"
Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I

CONTROL DE TEMPERATURA DEL AMBIENTE

MES XXXXXX 2024

DIA	4:00 AM	F	8:00 AM	F	12:00 PM	F	4:00 PM	F	8:00 PM	F	12:00 AM	F
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Nota: (F) FIRMAR CON INICIALES DE PRIMER NOMBRE Y APELLIDO





HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL
BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ 2024"

BANCO DE SANGRE

Código: CS.BS.N.03

Versión: 00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"
Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I

CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS (XXXXX) MES DE XXXX 2024

EQUIPO: XXXXXX MODELO: XXXXX MARCA: XXXXXXXX SERIE: XXXXXXXX TEMPERATURA: X°C a X°C													
DIA	4:00 AM	F	8:00 AM	F	12:00 PM	F	4:00 PM	F	8:00 PM	F	12:00 AM	F	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

Nota: (F) FIRMAR CON INICIALES DE PRIMER NOMBRE Y APELLIDO

	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

CODIGO	TIPO DE INDICADOR
IND-BS- 1	INDICADORES RELACIONADOS A LA DONACIÓN DE SANGRE Y DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE
IND-BS-2	INDICADORES RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE INMUNOHEMATOLOGIA BASICA
IND-BS-3	INDICADORES RELACIONADOS A TRANSFUSIONES Y SEGURIDAD TRANSFUSIONAL
IND-BS-4	INDICADORES RELACIONADOS A LAS CAPACITACIONES DEL BANCO DE SANGRE

IND- BS-1 INDICADORES RELACIONADOS A LA DONACIÓN DE SANGRE Y DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE:

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD DE REPORTE	VALOR ESPERADO (META)
Porcentaje de campañas de donación voluntaria de sangre realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ campañas de colecta realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de campañas programadas}} \times 100$	Anual	$\geq 90\%$
Porcentaje de Donantes Voluntarios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Bolsas procedentes de donación voluntaria de HNCH}}{\text{total de bolsas de paquetes globulares transferidas del HNCH}} \times 100$	Mensual	$\geq 50\%$
Numero de Campañas de Donación Voluntaria Realizadas	Nº de Campañas de Donación Voluntaria realizadas en un periodo	Mensual	≥ 1 campaña/mes
Porcentaje de Donantes Reposición	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Donantes de Reposición atendidos en el banco de sangre del HNCH procedente del HCLLH}}{\text{N}^\circ \text{ Totales de Donantes Atendidos (Reposición + Voluntarios) procedentes del HCLLH}} \times 100$	Mensual	50%



	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

IND-BS-2 INDICADORES RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE INMUNOHEMATOLOGIA BASICA:

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD DE REPORTE	VALOR ESPERADO (META)
Porcentaje de confirmación de grupo ABO/RH (fase globular) por unidad de paquete globular transferida (donante) del centro de hemoterapia tipo ii	N° de confirmaciones de pruebas de Grupo ABO/RH (Fase Globular) realizadas de paquetes (donantes) / N° Total de Unidades Transferidas del centro de hemoterapia tipo II x100	Mensual	100%
Porcentaje de confirmación de fase globular y sérica del grupo ABO/RH del receptor por solicitud transfusional recepcionada	N° de Confirmaciones de pruebas de Grupo ABO/RH fase globular y sérica del receptor / N° de Solicitudes Transfusionales Recibidas x100	Mensual	100%
Porcentaje de de prueba cruzada por unidad de paquete globular solicitado	N° de Prueba Cruzada / N° de unidades de paquete globular solicitadas x100	Mensual	100%



	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

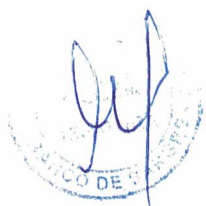
IND-BS-3 INDICADORES RELACIONADOS A TRANSFUSIONES Y SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD DE REPORTE	VALOR ESPERADO (META)
Porcentaje de Solicitudes Transfusionales mal llenadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Solicitudes Transfusionales mal llenadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes transfusionales}} * 100$	Mensual	$\leq 10\%$
Porcentaje de Consentimiento informado no firmado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consentimientos Informados no firmados}}{\text{N}^\circ \text{ total de consentimientos informados}} * 100$	Mensual	0%
Porcentaje de Paquete Globular Transfundido	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Paquete Globulares Transfundidos}}{\text{Total de Hemocomponentes Transfundidos}} * 100$	Mensual	60%
Porcentaje de Plasma Fresco congelado Transfundido (PFC)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Plasma Fresco Congelado transfundido}}{\text{Total de Hemocomponentes Transfundidos}} * 100$	Mensual	$\geq 10\%$
Porcentaje de Plaquetas Transfundido	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Plaquetas transfundido}}{\text{Total de Hemocomponentes Transfundidos}} * 100$	Mensual	$\geq 1\%$
Porcentaje de Transfusiones realizadas por el Departamento de Medicina	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Transfusiones realizadas en el Departamento de Medicina}}{\text{Total de Hemocomponentes Transfundidos}} * 100$	Mensual	NC



 HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz	"PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024"	Código: CS.BS.N.03
BANCO DE SANGRE		Versión: 00

Porcentaje de Transfusiones realizadas por el departamento de Ginecoobstetricia	de	N°Total de Transfusiones realizadas en el Departamento de Ginecoobstetricia / Total de Hemocomponentes Transfundidos *100	Mensual	NC
Porcentaje de Transfusiones realizadas por el departamento de Pediatría	de	N°Total de Transfusiones realizadas en el Departamento de Pediatría / Total de Hemocomponentes Transfundidos *100	Mensual	NC
Porcentaje de Transfusiones realizadas por el departamento de Cirugía	de	N°Total de Transfusiones realizadas en el Departamento de Cirugía / Total de Hemocomponentes Transfundidos *100	Mensual	NC
Porcentaje de Transfusiones realizadas en Emergencia	de	N°Total de Transfusiones realizadas en la emergencia / Total de Hemocomponentes Transfundidos *100	Mensual	NC
Porcentaje de Transfusiones realizadas en Hospitalizados	de	N°Total de Transfusiones realizadas en Hospitalización / Total de Hemocomponentes Transfundidos *100	Mensual	NC



	“PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DEL BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2024”	Código: CS.BS.N.03
	BANCO DE SANGRE	Versión: 00

% Reacciones adversas a la transfusión (RAT) reportadas sobre el total de transfusiones	N° de Reacciones Adversas a la Tranfusión /Hemocomponentes Transfundidos * 100	Mensual	0%
% de RAT por PG transfundido	N° de RAT por PG transfundido/RAT total * 100	Mensual	0%
% de RAT por PFC transfundido	N° de RAT por PFC transfundido/RAT total * 100	Mensual	0%
% de RAT por PQ transfundido	N° de RAT por PQ transfundido/RAT total * 100	Mensual	0%

*NC: No Corresponde

IND-BS-4 INDICADORES RELACIONADOS A LAS CAPACITACIONES DE BANCO DE SANGRE:

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD DE REPORTE	VALOR ESPERADO (META)
Porcentaje de capacitaciones realizadas	N° de capacitaciones realizadas/ N° de capacitaciones programadas x100	Anual	100%
Numero de Capacitaciones Realizadas	N° de capacitaciones realizadas en un trimestre	Trimestral	≥ 1 campaña/Trimestre

