



Nº 262 -2018-DG-INSN

### RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 19 de DICIEMBRE de 2018

**Visto**, el expediente con Registro DG-23343-2018, que contiene el Memorando Nº 539-SHBS-DIDAP-INSN-2018 del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre;

#### CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, de conformidad con los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, siendo un objetivo de la "Guía Técnica para la Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes", aprobada con Resolución Ministerial Nº 241-2018/MINSA, el establecer el Formato de Selección del Postulante a Donante de Sangre, según el Anexo 1 de dicho documento;

Que, con Memorando Nº 1277-2018-DG-INSN, de fecha 03 de diciembre de 2018, la Dirección General emite opinión favorable a la modificación del "Formato de Selección del Postulante a Donador de Sangre", elaborado por el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Con el visado de la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA y, la Guía Técnica para la Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes", aprobada con Resolución Ministerial Nº 241-2018/MINSA;

#### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.** - Aprobar la modificación del Formato Nº 534, "Formato de Selección del Postulante a Donador de Sangre", elaborado por el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño, en base a la estructura del Anexo 1 de la Resolución Ministerial Nº 241-2018/MINSA.

PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

24 DIC. 2018

Reg.: Nº 3068

Lic. Carmen Lucía Maldonado Esquivela  
Jefe del Órgano de Administración de Recursos Humanos - Archivo Central

www.insn.gob.pe





**Artículo Segundo.** - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Regístrese, Comuníquese y Publíquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
*[Signature]*  
Dr. Jorge Astudillo Jauregui Miranda  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 13616 R.N.E. 32027 - 6901

JJM/CGS

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) DG
- ( ) DA
- ( ) DEIDADT
- ( ) DIDAP
- ( ) OAJ
- ( ) OGC
- ( ) OEI

PERU Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

**24 DIC. 2018**

3068

*[Signature]*  
Lic. Carmen Lucia Medina Espinoza  
Jefe del Organismo de Administración de Archivos - Archivo Central  
FEDATARIO - INSN



FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE A DONADOR DE SANGRE

Fecha (dd/mm/aaaa)  N° Postulante  Grupo Sanguíneo   
 Código del Donante  Hb y/o Hcto   
 DNI o N° Pasaporte o Carnet de Extranjería (Vigente)

TIPO DE DONANTE: Voluntario  Autólogo  Reposición   
 DONANTE: Sangre Total  Aféresis

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE DE SANGRE

Yo, ..... Identificado con DNI ..... concedo autorización para que se me evalúe como donante de sangre voluntario, en la campaña de Donación Voluntaria de Sangre, para los pacientes del Instituto de Salud del Niño.

Con mi consentimiento accedo a:

- Responder verazmente la encuesta de evaluación.
- Ser examinado, que se me realice grupo sanguíneo y hematocrito.
- Que se me extraiga el volumen para la donación en el caso de ser APTO para la donación.
- Que se me realicen las pruebas de tamizaje para VIH, Hepatitis B y C, Chagas, Sífilis, HTLV I y II.

Por lo expuesto, firmo en señal de conformidad

Ministerio de Salud  
Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña  
CERTEFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.  
24 DEC. 2018  
UC. 3068  
Reg. N° .....  
Tic. Carmelo Lucía  
Jefe de Administración de Archivos - Archivo Central  
FEDATARIO - 19329

Fecha: ..... Hora: ..... Firma: ..... impresión dactilar

I. DATOS PERSONALES

APELLIDOS  NOMBRES   
 SEXO  M  F EDAD (años cumplidos)  FECHA DE NACIMIENTO   
 LUGAR DE NACIMIENTO  PROCEDENCIA   
 ESTADO CIVIL  SOL  CAS  DIV  VIU  CONV  
 DIRECCIÓN ACTUAL   
 DISTRITO  PROV.  DPTO.   
 OCUPACIÓN  TFNO.  CELULAR   
 E-MAIL  LUGAR DE TRABAJO   
 VIAJES  PERMANENCIA  FECHA   
 días

Otros: .....

II EXAMEN FÍSICO

(Para ser evaluado por el examinador)

Peso  Kg Talla  m Pres. Art.  mm/Hg  
 Frec. Card.  L/min Inspección 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 conformidad

Postulante: .....  
 (Pre extracción)  
 Firma: .....  
 Entrevistador: .....  
 (Firma y Sello): .....  
 Impresión dactilar

III. PROTOCOLO DE SELECCIÓN AL DONANTE DE SANGRE

1 ¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregamos?	SI ( ) NO ( )
2 ¿Tiene más de 18 años?	SI ( ) NO ( )
3 ¿Pesa más de 50 kilos?	SI ( ) NO ( )
4 ¿En este momento se encuentra bien de salud?	SI ( ) NO ( )
5 ¿Ha donado sangre en los últimos (2) meses? ¿Dónde?	SI ( ) NO ( )
6 ¿Está tomando o tomó algún medicamento en los últimos días? ¿Cuáles?	SI ( ) NO ( )
7 ¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico? ¿Por qué?	SI ( ) NO ( )
8 EN LAS PRÓXIMAS 24 HORAS ¿Va a realizar actividad laboral, deportiva u otras actividades riesgosas?	SI ( ) NO ( )
9 EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS ¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad?	SI ( ) NO ( )
10 EN EL ÚLTIMO MES ¿Recibió alguna vacuna? ¿Cuál?	SI ( ) NO ( )



11 EN EL ÚLTIMO MES ¿Tuvo contacto sexual con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa? SI ( ) NO ( )

12 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES  
¿Se colocó Ud. Tatuajes, piercing en algún lugar del cuerpo o tuvo contacto accidental con sangre? SI ( ) NO ( )

13 EN ALGUNA OCASIÓN HA PADECIDO O ACTUALMENTE ¿Padece de alguna enfermedad o molestia que requiere control? Mencione enfermedad o malestar SI ( ) NO ( )

14 ¿Ha recibido transfusiones, transplante de órganos o tejidos? SI ( ) NO ( )

15 EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ¿Tuvo Ud. Alguna intervención quirúrgica? SI ( ) NO ( )

16 SI ES UD. MUJER, Fecha de la última regla SI ( ) NO ( )

17 ¿Está gestando actualmente SI ( ) NO ( )

18 ¿Está Ud. Actualmente dando de lactar? SI ( ) NO ( )

19 Fecha de su último parto: \_\_\_\_\_ Nro. De Gestaciones \_\_\_\_\_

20 CON ASESORÍA DEL ENTREVISTADOR  
¿Cree que podría ser portador, es decir tener la infección de VIH, Hepatitis B o C? SI ( ) NO ( )

21 ¿Alguna vez en su vida usó drogas ilícitas endovenosas u otras? SI ( ) NO ( )

22 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? (número) \_\_\_\_\_

23 ¿Cuánto tiempo de contacto sexual tiene con su actual pareja? \_\_\_\_\_

24 ¿Ha realizado algún viaje y tenido contacto sexual con desconocidos? SI ( ) NO ( )

25 ¿Se ha hecho alguna prueba de descartar de HIV? SI ( ) NO ( )

26 ¿Ha mantenido relaciones íntimas con personas diagnosticadas de Hepatitis B, C, VIH? SI ( ) NO ( )

27 ¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual, como Sífilis, Gonorrea, Chancro u otros? SI ( ) NO ( )

28 ¿Viajó fuera de Lima en los últimos 3 meses? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

V. PRÉ-CALIFICACION

APTO   
marca con una "X"

NO APTO TEMPORAL  Tiempo: .....(Días)(Meses)(Años)  
Fecha que puede retomar: ...../...../.....

MOTIVO: \_\_\_\_\_

NO APTO PERMANENTE  MOTIVO: \_\_\_\_\_  
marca con una "X"

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 conformidad

Postulante: \_\_\_\_\_  
(Pre-extracción)

Firma: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
(Firma y sello)

Validado por: \_\_\_\_\_  
(Firma y selló)

**24 DIC. 2018**

*Carolina Huayhuay*

Lc. Carmen Lucia Huayhuay Espinoza  
Jefe del Organismo de Admisión y Archivo - Archivo Central  
FEDATARIO - 19339

Reg.: 90668

SOLO PARA USO DE BANCO DE SANGRE

EXTRACCIÓN

Controlada   
No controlada

Firma y sello de quien extrae la unidad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

HBsAg: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	HBsAg: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	Anti VIH I y II: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	Fecha de tamizaje: _____
Anti VHC: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	Anti Treponema: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	Firma y sello de quien realiza el tamizaje _____	
Anti Core-VHB: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR	Anti Trypanosoma: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NR		

V. CALIFICACION DEL DONANTE

APTO   
NO APTO TEMPORALMENTE   
NO APTO-PERMANENTEMENTE

Firma y sello del calificador \_\_\_\_\_

Firma y sello de Banco de Sangre (validación formato) \_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

*Patricia Ramirez Lucar*  
Dra. Patricia Ramirez Lucar  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
DOCENCIA Y ATENCIÓN EN PATOLOGÍA  
CMP 30013 RNE. 023738

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

*Patricia Ramirez Lucar*  
DRA. PATRICIA SALOME RAMIREZ LUCAR  
PATOLOGO CLINICO CMP. 30013 - RNE 023738  
JEFE DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE