



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 001047-2024-034984

Jaen, 19 de febrero de 2025

RESOLUCION DIRECTORAL N° D102-2025-GR.CAJ-DRS-
HGJ/DE



Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO
Diana Mercedes FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/02/2025 02:04 p. m.

VISTO:

El Expediente N° 001047-2024-034984, su proveído N° D5258-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, relacionado con la Aprobación de la Estructura de los Formatos del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital General de Jaén, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; asimismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; y, es responsabilidad del Estado; promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 46 de la citada norma dispone que *Las actividades de obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, así como el funcionamiento de bancos de sangre, centros de hemoterapia y plantas de hemoderivados, se rigen por la ley de la materia y su reglamento y están sujetas a la supervisión y fiscalización por parte de la Autoridad de Salud de nivel nacional o de a quien ésta delegue;*



Firmado digitalmente por DIAZ
FLORES Jhony Alberto FAU
20230089630 soft
Hospital Jaén - DAT - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B° Por Encargo
Fecha: 19/02/2025 09:51 a. m.

Que, mediante la Ley N° 26454 se Declara de Orden Público e Interés Nacional la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana, crenado el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre – PRONAHEBAS, el cual tiene como propósito normar, coordinar, supervisar y evaluar el funcionamiento de la Red de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, con el fin de proporcionar Sangre Segura sus componentes y derivados, en calidad y cantidad necesaria;



Firmado digitalmente por
BOLIVAR JOO Diana Mercedes
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 14/02/2025 04:47 p. m.

Que, el Reglamento de la norma antes invocada, aprobada a través del Decreto Supremo N° 003-95-SA, regula las actividades de obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, sus componentes y derivados, así como los aspectos de supervisión, fiscalización y monitoreo de las mencionadas actividades, con el fin de proporcionar sangre segura de calidad y cantidad necesaria;



Firmado digitalmente por
JIMENEZ COLLAVE Jhony FAU
20453744168 soft
Hospital Jaén - OPPE - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 12/02/2025 07:18 p. m.

Que, el Artículo 9 del Reglamento de Establecimientos de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en salud, protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;



Firmado digitalmente por
CARDOSO MAIRENA Cesar
Augusto FAU 20453744168
hard
Hospital Jaén - UGC - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B° Por Encargo
Fecha: 12/02/2025 03:09 p. m.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA se resuelve aprobar las Normas Técnicas del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS), en la que se encuentra la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01



Firmado digitalmente por
CAMPOS GARCIA Alan Yoelsy
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - UAJ - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 12/02/2025 03:02 p. m.

Av. Pakamuros Nro. 1289

(076)431400

www.gob.pe/hospitaljaen

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: <https://gorecaj.pe/mad3validar> e ingresando el código: 7GDAOF



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Formatos y Registros, los cuales *permiten recoger datos e información resultantes de los procesos y procedimientos en forma ordenada mediante el empleo de formatos únicos;*

Que, mediante Informe N° D406-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ-DAT/SHBS de fecha 03 de diciembre del 2024 el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre solicita la revisión y aprobación de formatos del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre, el mismo que cuenta con la Opinión favorable de la Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico y la Unidad de Gestión de la Calidad; por lo que corresponde ser aprobados vía acto resolutivo;

Por las consideraciones expuestas, contado con los vistos correspondientes y facultades conferidas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR; y,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - **APROBAR** la estructura de cuarenta y nueve (49) Formatos del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital General de Jaén, que como anexos a folios cincuenta y nueve (59) forman parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - **RECOMENDAR** al Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre; la difusión, implementación, supervisión y cumplimiento de los formatos aprobados en el artículo primero de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR al responsable de administración y actualización del portal de transparencia para que publique la presente resolución en el portal web institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO
Directora
DIRECCIÓN EJECUTIVA



“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana

**INVENTARIO DE FORMATOS Y REGISTROS DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y
BANCO DE SANGRE**

N.º	NOMBRE DEL FORMATO	CODIGO	PRESENTACIÓN
01	FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL	EG02 – FR 02	01 Cara
02	FICHA DE CAPACITACION	EG02 – FR 03	01 cara
03	PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS	EG03 – FR 02	01 cara
04	FICHA TECNICA DEL EQUIPO	EG03 – FR 03	01 cara
05	FICHA DE CALIFICACION DEL PROVEEDOR	EG04 – FR 01	01 cara
06	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD MENSUAL DE ANTISUEROS	EG05-CC03	03 caras
07	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO DEL RECEPTOR	EG05 – CC 07	01 cara
08	REGISTRO DE PRUEBAS CRUZADAS DE COMPATIBILIDAD	EG05 – CC 08	01 cara
09	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE PAQUETES GLOBULARES	EG05-CC12	02 cara
10	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	EG05-CC13	01 cara
11	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	EG05-CC14	01 cara
12	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE CRIOPREPCIPITADO	EG05-CC15	01 cara
13	FICHA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO SEROLOGIA	EG05 – CC 16	01 cara
14	FICHA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO SEROLOGIA	EG05 – CC 17	01 cara
15	FICHA DE CONTROL DE RESULTADOS DE CALIBRACIONES	EG05-CC18	01 cara
16	INTERCONSULTA PARA DONACION AUTOLOGA	EG05 – FR 02	01 cara
17	FORMATO DE DONACION AUTOLOGA	EG05 – FR 03	01 cara
18	SOLICITUD DE AFERESIS	EG05 – FR 04	01 cara
19	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE	EG05 – FR 05	01 cara
20	REGISTRO DE POSTULANTES	EG05 – FR 06	01 cara
21	REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS	EG05 – FR 07	01 cara
22	SOLICITUD TRANSFUSIONAL	EG05 – FR 08	01 cara
23	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES	EG05 – FR 09	01 cara
24	LIBRO DE TRANSFUSIONES	EG05 – FR 10	02 caras
25	INFORME DE SEGUIMIENTO DE DONANTES	EG05 – FR 13	01 cara
26	INFORME DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES	EG05 – FR 14	01 cara
27	INFORME DE RESULTADO DE ANALISIS	EG05 – FR 15	01 cara
28	HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES	EG05 – FR 22	01 cara
29	REGISTRO EXTRACCION DE DONANTES	EG05 – FR 034	01 cara
30	REGISTRO DE HEMOCOMPONENTES FRACCIONADOS	EG05 – FR 038	
31	REPORTE DE REACCION ADVERSA A LA DONACION	EG05 – FR39	01 cara
32	REGISTRO DE PRUEBAS AL DONANTE	EG05 – FR40	01 cara
33	FICHA DE CONTROL DE CALIDAD DEL EQUIPO DE HEMOGRAMA	EG05 – FR42	01 cara
34	REGISTRO DE RESULTADOS DE LA HB/HEMOGRAMA Y GRUPO DEL POSTULANTE	EG05 – FR 43	01 cara
35	FICHA DE IDENTIFICACION DE LA UNIDAD	EG08 – FR 45	01 cara
36	FICHA DE GESTION DE STOCK	EG05 – FR53	02 caras
37	FICHA AUTOEXCLUSION POST DONACION	EG05 – FR54	01 cara
38	INDICACIONES PARA ATENCION POSTERIOR A FLEBOTOMIA	EG05 – FR55	01 cara
39	FORMATO DE SELECCION DEL POSTULANTE	EG05 – FR 57	02 caras
40	REGISTRO DE AFERESIS	EG05 – FR 56	02 cara
41	FORMATO DE RECLAMOS DE USUARIOS	EG05 – FR 58	01 cara
42	CONTROL MAESTRO DE FORMATOS Y REGISTROS	EG06 – FR 01	01 cara
43	INFORME DE NO CONFORMIDAD	EG07- FR01	01 cara
44	REPORTE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL	EG07 – FR 02	01 cara
45	REGISTRO CONTROL DE TEMPERATURA	EG08 – CC 01	01 cara
46	INFORME DE APLICACION DE MEDIDA PREVENTIVA	EG09 – FR 01	01 cara
47	INFORME DE APLICACION DE MEDIDA CORRECTIVA	EG09 – FR 02	01 Cara
48	ACTA DE ELIMINACION DE HEMOCOMPONENTES	EG10 – FR 02	01 Cara
49	ACTA DE ELIMINACION DE SELLOS NACIONAL DE CALIAD DE SANGRE POR LA NO ELABORACION DE HEMOCOMPONENTES	EG10 – FR 03	01 Cara



**INVENTARIO DE FORMATOS Y REGISTROS DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y
BANCO DE SANGRE**

Fases	Responsable	Visto Bueno y Sello
Elaborado por:	Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre	
Revisado por:	Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico	
Revisado por:	Unidad de Gestión de la Calidad	
Aprobado por:	Dirección Ejecutiva	



FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL

N° de Ficha: _____

Fecha: _____

Código del Trabajador: _____

Dirección de Salud: _____ Institución: _____ Área: _____

I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR:

Apellidos y Nombres:		
Edad:	Sexo: M F	Estado civil:
Profesión:		DNI:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:
Domicilio:		Distrito:
Teléfono de casa:	Celular:	e-mail:

II. ANTECEDENTES:

Educación:
Experiencia:
Certificados:
Conocimiento de idiomas:
Publicaciones:
Docencia:
Otros antecedentes o conocimientos:
Méritos/deméritos

III. DESCRIPCION DE TAREAS:

Cargo:
Área asignada:
Responsabilidades:
Necesidades de capacitación y entrenamiento:



PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS

NOMBRE DEL EQUIPO:		
MODELO:	MARCA:	
N° SERIE:	TIEMPO DE GARANTIA:	
CODIGO:	AÑO DE FABRICACION:	FECHA DE INICIO DE FUNCIONAMIENTO:
DESCRIPCION TECNICA		
NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL EQUIPO		

MANTENIMIENTO DEL EQUIPO															
MANTENIMIENTO PREVENTIVO															
PARTE MANTENIDA	CRONOGRAMA												RESPONSABLE	CONFORMIDAD	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			

OBSERVACIONES:

Nombre, firma y sello del responsable

FICHA TECNICA DEL EQUIPO

NOMBRE DEL EQUIPO	N° DE SERIE:
CODIGO DEL EQUIPO:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:	CODIGO DEL USUARIO:
<ul style="list-style-type: none">• CARCATERISTICAS DEL ENCENDIDO:• Se enchufa directamente• Necesita transformador• Se conecta simultáneamente con otros equipos• Voltaje de uso• Otros	
CARACTERISTICAS DEL APAGADO:	
<ul style="list-style-type: none">• Pasos para el apagado• Orden del apagado	
INTRUCCIONES DE USO:	
CARACTERISTICAS TECNICAS DEL EQUIPO:	
PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA:	
SERVICIO Y MANTENIMIENTO TECNICO:	
<ul style="list-style-type: none">• Responsable de mantenimiento• Frecuencia	

FICHA DE CALIFICACION DEL PROVEEDOR

Código del proveedor: _____

Nombre del Proveedor:

Producto que provee:

EVALUACION

Calidad del producto	BUENO	REGULAR	NO SATISFACTORIO
Disponibilidad del producto	BUENO	REGULAR	NO SATISFACTORIO
Calidad de envío	BUENO	REGULAR	NO SATISFACTORIO
Soporte Técnico	BUENO	REGULAR	NO SATISFACTORIO

CALIFICACION

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 CALIFICACION:

Una calificación no satisfactoria o dos regulares son causa para retirar al proveedor de la lista de proveedores calificados.

Nombre del evaluador: _____ fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Evaluador: _____



BANCO DE SANGRE TIPO II

Código	EG05-CC03
Versión	V01
Fecha	
Páginas	01 de 03

FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD MENSUAL DE ANTISUEROS

Aspectos Generales

Reactivos	Anti- A	Anti- B	Anti- D	Anti- AB	Lectina A1	Coombs	Albumina
Casa Comercial							
Marca							
Registro							
Origen							
Lote							
Volumen							
Fecha de producción							
Fecha de expiración							
Conservación							
Tipo de uso							

Examen Macroscópico

	Anti- A	Anti- B	Anti- D	Anti- AB	Anti- A1	Coombs	Albumina
Aspecto							
Color							

Especificidad

GR Lavados	Células A	Células B	Células AB	Células O
Intensidad de Reacción				

Observación:

**FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD MENSUAL DE REACTIVOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA
(FECHA)**

Potencia/ Aidez

	Anti- A	Anti- B	Anti- AB	Anti- D	Lectina A1
Tiempo de Reacción					
Grupo Sanguíneo					
Resultado					

Observaciones:

Titulación

Dilución	Anti- A		Anti- B		Anti- AB		Anti- D		Lectina	
	IR	Puntaje	IR	Puntaje	IR	Puntaje	IR	Puntaje	IR	Puntaje
1/2										
1/4										
1/8										
1/16										
1/32										
1/64										
1/128										
1/256										
1/512										
1/1024										
Control										
Título Total										
Score*										

Observaciones: * Puntaje basado Escala De Marsh

 HOSPITAL GENERAL JAÉN <small>Servicios de todo corazón</small>	BANCO DE SANGRE TIPO II		Código	EG05-CC03
			Versión	V01
			Fecha	
			Páginas	03 de 03
FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD MENSUAL DE REACTIVOS DE INMUNOHEMATOLOGÍA (FECHA)				
Reactividad de Anti-globulina Humana				
CCC (CP)		CN		
Cloruro de Sodio 0.9%				
	Requerimiento de Calidad	Frecuencia de Control	Ejecutado por:	
Apariencia				
pH				
Observaciones:				
Control Microbiológico				
Germen aislado				
Fecha				
Responsable				
Observaciones:				

Firma y Sello TM ejecutó proceso

Firma y sello del TM Responsable de calidad

Firma y Sello Responsable del Banco de Sangre



BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – CC 08

V. 01

2024

REGISTRO DE PRUEBAS CRUZADAS DE COMPATIBILIDAD

N°	RECEPTOR					HEMOCOMPONENTE					PRUEBA DE COMPATIBILIDAD						RESPONSABLE
											METODOLOGIA			RESULTADO			
	APELLIDOS Y NOMBRES	H.CL.	FECHA	HORA	GRUPO Y FACTOR	TIPO HEMO	GRUPO Y FACTOR	N° LOTE	N° SELLO	VOL	TARJETA	TUBO	SIN PRUEBA CRUZADA	COMPATIBLE	ABO COMPATIBLE	INCOMPATIBLE (+/4+)	





BANCO DE SANGRE TIPO II

Código	EG05-CC12
Versión	
Fecha de elaboración	
Páginas	01 de 02

CONTROL DE CALIDAD DE PAQUETES GLOBULARES

DATOS DE LA UNIDAD

Fecha del proceso:

Fecha de extracción		Fecha de Vencimiento	
Hemocomponente			
N° de Lote		SNC	
Grupo sanguíneo y Factor Rh		Fenotipo Rh y Kell	
Tipo de Anticoagulante		T° de Almacenamiento	

REQUERIMIENTOS DE CALIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
Cambio visual: Color		NEGATIVO
Presencia de coágulos		NEGATIVO
Presencia de precipitados		NEGATIVO
Volumen (ml)		280 +/- 60 ml
Hematocrito		50-70%
Hemoglobina		> 43g/unidad
Conteo de Leucocitos		<1.2 x 10 ⁹
Conteo de Plaquetas		<20 x 10 ⁹
Ph		6.5 a 6.8

COMENTARIO/ OBSERVACIÓN

COPIA CONTROLADA-PROHIBIDO REPRODUCIR SIN AUTORIZACIÓN

--

 HOSPITAL GENERAL JAÉN <small>Servicios de todo corazón</small>	BANCO DE SANGRE TIPO	Código	EG05-CC12
		Versión	
		Fecha de elaboración	
		Páginas	02 de 02
CONTROL DE CALIDAD DE PAQUETES GLOBULARES			

PRUEBA DE ESTERILIDAD		
PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
CULTIVO		NEGATIVO
COMENTARIO/ OBSERVACIÓN		

FIRMA Y SELLO TM EJECUTÓ PROCESO

FIRMA Y SELLO DEL TM RESPONSABLE DE CALIDAD

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE

COPIA CONTROLADA-PROHIBIDO REPRODUCIR SIN AUTORIZACIÓN

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú



**BANCO DE SANGRE TIPO II**

Código	EG05-CC13
Versión	01
Fecha	18/12/2024
Páginas	01 de 01

CONTROL DE CALIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO**DATOS DE LA UNIDAD****Fecha del Proceso:**

Fecha de extracción:		Fecha de Vencimiento:	
Hemocomponente:			
N° de Lote:		SNC	
Grupo sanguíneo y Factor Rh :		Fenotipo Rh y Kell:	
Tipo de Anticoagulante:		T° de Almacenamiento:	

REQUERIMIENTOS DE CALIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
Cambio visual: Color		NEGATIVO
Presencia de coágulos		NEGATIVO
Presencia de precipitados		NEGATIVO
Volumen (ml)		150- 300 ml
Proteínas		>5g/dl
Conteo de Leucocitos		<1.2 x 10 ⁹
Conteo de Plaquetas		<20 x 10 ⁹

PRUEBA DE ESTERILIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
CULTIVO		NEGATIVO

COMENTARIO/ OBSERVACIÓN

FIRMA Y SELLO TM EJECUTÓ PROCESO

FIRMA Y SELLO DEL TM RESPONSABLE DE CALIDAD

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE



BANCO DE SANGRE TIPO II

Código	EG05-CC14
Versión	01
Fecha	18/12/2024
Páginas	01 de 01

CONTROL DE CALIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

DATOS DE LA UNIDAD

FECHA DE PROCESO:

Fecha de extracción		Fecha de Vencimiento	
Hemocomponente			
N° de Lote		SNC	
Grupo sanguíneo y Factor Rh		Fenotipo Rh y Kell	
Tipo de Anticoagulante		T° de Almacenamiento	

REQUERIMIENTOS DE CALIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
Cambio visual: Color		NEGATIVO
Fenómeno de swirling		POSITIVO
Presencia de precipitados		NEGATIVO
Volumen (ml)		40- 70 ml
Recuento de Plaquetas		5.5 x 10 ¹⁰ / Unidad
Conteo de Leucocitos		<0.05 x 10 ⁹ /unidad
Eritrocitos residuales		< 2.0 x 10 ¹⁰ / unidad
pH medido a +22° C al Final de la durabilidad		6.5 - 7.4

PRUEBA DE ESTERILIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
CULTIVO		NEGATIVO

COMENTARIO/ OBSERVACIÓN

FIRMA Y SELLO TM EJECUTÓ PROCESO

FIRMA Y SELLO DEL TM RESPONSABLE DE CALIDAD

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE

www.hospitaljaen.gob.pe
 Av. Pakamuros Cdra. 12
 Jaén – Cajamarca
 Perú





BANCO DE SANGRE TIPO II

Código	EG05-CC15
Versión	01
Fecha	18/12/2024
Páginas	01 de 01

CONTROL DE CALIDAD DE CRIOPRECPITADO

DATOS DE LA UNIDAD

FECHA DE PROCESO

Fecha de extracción		Fecha de Vencimiento	
Hemocomponente			
N° de Lote		SNC	
Grupo sanguíneo y Factor Rh		Fenotipo Rh y Kell	
Tipo de Anticoagulante		T° de Almacenamiento	

REQUERIMIENTOS DE CALIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
Cambio visual: Color		NEGATIVO
Presencia de coágulos		NEGATIVO
Presencia de precipitados		POSITIVO
Volumen (ml)		40 ml
Fibrinógeno		>140 mg
Eritrocitos residuales		<20 x 10 ⁹

PRUEBA DE ESTERILIDAD

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
CULTIVO		NEGATIVO

COMENTARIO/ OBSERVACIÓN

FIRMA Y SELLO TM EJECUTÓ PROCESO

FIRMA Y SELLO DEL TM RESPONSABLE DE CALIDAD

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE

FICHA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO SEROLOGIA

1. RESPONSABLE : _____
2. FECHA : _____
3. N° MUESTRA : _____
4. N° RONDA : _____
5. PROVEEDOR : _____

RESULTADO

N°	ANALITO EVALUADO	METODO	MEDIDA PROVEEDOR	RESULTADO OBTENIDO	CONCORDANCIA ASOCIADOS		
					DRM%	SD	CV
01	HIV						
02	AgHBs						
03	Anti-HCV						
04	HTLV						
05	Anti-HBc						
06	CHAGAS						
07	SIFILIS						

RESULTADO : _____

OBSERVACION : _____

FICHA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO SEROLOGIA

1. RESPONSABLE : _____

2. FECHA : _____ HORA : _____

2. PRUEBA : _____

CONTROL: NORMAL PATOLOGICO

LOTE: _____

N° PUNTOS EV. _____

N°	PARAMETRO EVALUADO	VELOR INSERTO	VALOR OBTENIDO
01	MEDIA		
02	SD		
03	CV		

GRAFICA LEVEY JENNING



RESULTADO : _____

OBSERVACION : _____

**FICHA DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO SEROLOGIA-
CALIBRACIONES**

1. RESPONSABLE : _____

2. FECHA : _____ HORA : _____

2. PRUEBA : _____

CUADRO N° 01

N°	LOTE CALIBRADOR	LOTE RACTIVO	VALOR PENDIENTE	RESULTADO
01				

RESULTADO : _____

CALIBRADO POR: _____

OBSERVACION : _____

	BANCO DE SANGRE TIPO II HOSPITAL GENERAL DE JAEN	EG05 – FR 02	
		V. 01	2023

INTERCONSULTA PARA DONACION AUTOLOGA

Para ser llenado por el médico tratante:

Apellidos y nombre del paciente:		N° historia clínica:	
Sexo	Masculino Femenino	Edad:	años
Unidad/departamento	Sala/servicio	Cama:	
Resumen de historia clínica:			
Diagnostico			
Tratamiento			
Motivo de interconsulta			
Firma y sello del médico solicitante		Fecha:	

Fecha de interconsulta: _____

Para ser llenado por medico asistente del centro de hemoterapia:

Respuesta de la interconsulta:	
Nombre, firma y sello del médico:	Fecha:

FORMATO DE DONACION AUTOLOGA

Apellidos y Nombre del paciente:		N° Historia clínica
Sexo	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	Edad: _____ años
Unidad / Departamento	Sala / Servicio	Cama:
Firma y Sello del Médico solicitante:		Fecha:

Para ser llenado por el centro de hemoterapia o banco de sangre

EVALUACION CLINICA, EPIDEMIOLOGICA Y DE LABORATORIO

Entrevista de selección de Donante	<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> No Apto
Examen clínico	<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> No Apto
Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> No Apto

Nombre del Responsable: _____ Firma y Sello: _____

Consentimiento del paciente:

Concedo autorización para que se obtenga la cantidad apropiada de sangre, sea examinada y almacenada para ser utilizada en mi transfusión, caso contrario quedara bajo tutela del Banco de Sangre.

Firma del Paciente: _____

N° de DNI: _____

SOLICITUD DE AFERESIS

Fecha: _____

Hora de recepción: _____ am / pm

DATOS PERSONALES:

Nombre:	N° de historia clínica:
Departamento / servicio:	Cama:
Diagnostico:	

AFERESIS:

- () Concentrado de Plaquetas
- () Concentrado de Leucocitos
- () Recambio Plasmático
- () Leucoféresis
- () Células Progenitoras

Observaciones:

Nombre del Médico: _____ Firma y Sello: _____

	BANCO DE SANGRE TIPO II HOSPITAL GENERAL DE JAEN	EG05 – FR 05	
		V. 01	2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE

Grupo Sanguíneo:
N.º de Postulante:
Fecha:
Factor Rh:
Nº de Donante :

I. DATOS PERSONALES

Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 trasfusión sanguínea. He tenido la oportunidad de preguntar sobre este conocimiento, y entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos y también he tenido la oportunidad de rechazar lo que 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 de SIDA y otras enfermedades infecciosas. En mi consentimiento que certifico que he contestado con toda veracidad las preguntas que se 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

Firma y Sello del Entrevistador



BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 06

V. 01

2024

REGISTRO DE POSTULANTES

N° POSTULANTE	FECHA	HORA	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DNI	GRUPO Y FACTOR	HB	HTO	CORE Pba. Rápida	OBSERVACIONES/ RESPONSABLE





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 07

V. 01

2024

REGISTRO DE UNIDADES APTAS ALMACENADAS

N°	FECHA	O POSITIVO					O NEGATIVO					A POSITIVO					A NEGATIVO					B POSITIVO					
		PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	

LADO A

N°	FECHA	B NEGATIVO					AB POSITIVO					AB NEGATIVO					TOTAL HEMOCOMPONENTES					RESPONSABLE						
		PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST	PG	PFC	PLAQ	CRIO	ST							

LADO B





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 08

V. 01

2024

FECHA: _____

SIS: _____

I DATOS PERSONALES

SOLICITUD TRANSFUSIONAL

Nombres y apellidos:					
Sexo:	Masculino	Femenino	Edad:	Años:	N° Historia Clínica
Servicio	Sala		N° de Cama		Grupo y Factor Rh:
Transfusiones previas:	SI		NO		DESCONOCIDO
Reacciones transfusionales anteriores:	SI		NO		DESCONOCIDO
Embarazos previos	abortos		incompatibilidad		
Diagnóstico de enfermedad: _____					
Hb: _____ g/dl	Hto: _____ %		Plaquetas: _____		
Requerimiento					
Sangre total			Plasma		
Paquete globular			Plaquetas		
Plasma Fresco Congelado			Unidades pediátricas		
Crioprecipitado			Otro		
Fecha	Hora				
Medico	Firma y Sello del Médico Tratante				
Requisitos: MUY URGENTE SIN PRUEBAS CRUZADAS () URGENTE () PROGRAMADA ()					
Se autoriza para remitir la unidad sin prueba cruzada					
					_____ Firma y Sello del Médico Tratante

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 realice y que entiendo lo que es y cuáles son sus riesgos.

También he tenido oportunidad de negarme a ser transfundido, he revisado 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 o 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 resultados directo o indirecto de ella.

Firma del Receptor/Padre/Apoderado

Fecha:

Firma del Médico Solicitante



Huella digital

www.hospitaljaen.gob.pe

Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú



	BANCO DE SANGRE TIPO II HOSPITAL GENERAL DE JAEN	EG05 – FR 09	
		V. 01	2024

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES

OFICIO N° _____ - 20-- _____

A : DIRECTOR DEL HOSPITAL - AAAA
DE : DIRECTOR DEL HOAPITAL – BBBB
ATENCIÓN : Responsable del centro de hemoterapia o banco de sangre AAAAAA
FECHA : _____

Por medio del presente se solicita apoyo para el paciente _____ de _____ años de edad, con Historia Clínica _____ con grupo sanguíneo _____ internado en la sala _____, cama _____, con diagnóstico _____ quien requiere _____ unidades de _____ para su tratamiento en nuestra institución.

Requisitos para la recepción y medio de transporte de los componentes sanguíneos:

- No más 5 días de extraídas las unidades
- Constancia de transferencia del Centro Médico – Hospital o institución con los completo de las unidades.
- Usar container hermético (Tecnopor o cooler)
- Usar refrigerante o hielo, deben estar cada bolsa de sangre en bolsas plásticas
- El hielo no debe tocar las bolsas de sangre, se recomienda sea por separado por una tapa de Tecnopor o cartón, no usar hielo seco (para paquetes globulares).
- No usar aserrín

Se aceptan unidades con grupo sanguíneo _____ factor Rh _____

Atentamente.

Nombre, Firma y Sello del Director de la Institución BBBB

INFORME DE SEGUIMIENTO DE DONANTES

Fecha: _____

Apellidos y Nombre del Receptor:			
Edad:	años	Sexo: M	F
Domicilio		N° H.C.	
Teléfono:		Celular:	
Prueba de tamizaje reactiva:			
Fecha de realizadas la prueba de tamizaje reactiva:			
Reactivo usado:	Marca	Lote:	

Fecha de transfusión	N° unidad	Hemocomponente	Nombre del donante	Fecha de donación

N° unidad	N° de sello de calidad	Nombre de los receptores	Fecha de Transfusión
Paquete globular			
Plasma fresco congelado			
Plasma residual			
Crioprecipitado			
Plaquetas simples			
Plaquetas aféresis			
Fracción pediátrica			

Nombre y Firma del Responsable

INFORME DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES

Fecha: _____

Apellidos y Nombre del Receptor:			
Edad:	años	Sexo: M	F
Domicilio		N° H.C.	
Teléfono		Celular	
Prueba de tamizaje reactiva:			
Fecha de realizadas la prueba de tamizaje reactiva:			
Reactivo usado:	Marca	Lote:	

Fecha de donación	N° Unidad	Hemocomponente	Nombre del Receptor	Fecha de transfusión

Nombre del receptor	Antecedentes de transfusiones previas en la institución		Antecedentes de transfusiones previas en otras instituciones	
	SI	NO	SI	NO

Nombre, Firma y Sello del Responsable

INFORME DE RESULTADO DE ANALISIS

Nombre del Postulante / Donante: _____

Fecha de Toma de Muestra : ___ / ___ / ___ Hora ____: ____ AM PM

Fecha de procesamiento : ___ / ___ / ___ Hora ____: ____ AM PM

Fecha de entrega resultados : ___ / ___ / ___ Hora ____: ____ AM PM

Número de lote de Unidad : _____

Grupo Sanguíneo : _____

Factor Rh : _____

Hematocrito : _____

Hemoglobina : _____

PRUEBA REALIZADA	METODO	RESULTADO	
		REACTIVO	NO REACTIVO
Anticuerpos Anti HIV I – II			
Antígeno Australiano (AgHBs)			
Anticuerpos Anticore Total (Anti – HBc)			
Anticuerpos Anti HTLV I – II			
Serología de Sífilis			
Prueba de Chagas			
Anticuerpos Anti HCV			
Anticuerpos Anti Zika			
Dengue IgM			

Se sugiere evaluación por:

Gastroenterología SI NO

Infectología SI NO

PROCETS SI NO

Nombre, Firma y Sello del Responsable

HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES

FICHA N°: _____

SIS: _____

FECHA: _____

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ H.CL. _____

Servicio y cama: _____ Diagnóstico: _____ Grupo sanguíneo: _____ Factor Rh: _____

Antecedentes transfusionales:

Transfusiones anteriores: SI () NO () Presento reacciones adversas en algunas de ellas: SI () NO ()

Especificar: _____

Verificación previa del consentimiento informado debidamente firmado en la historia clínica: SI () NO ()

Alcances clínicos de importancia: _____

A) Conducción de la transfusión sanguínea:

TIPO DE HEMO COMPONENTE (*)	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh	Nº DE LOTE	Nº DE SELLO DE CALIDAD	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINO	PRESENTÓ REAC. ADVERSA	OBSERVACIONES

(*) Paquete globular, concentrado plaquetario (tradicional o aféresis), crio precipitado, plasma fresco congelado

B) Evaluación médica (antes, durante y después de concluidas las transfusiones sanguíneas):

HORA	ESTADO DE CONCIENCIA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA /PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIO	TEMPERATURA	OBSERVACIONES

C) Reacciones adversas (antes, durante y después de concluir las transfusiones sanguíneas):

Hemocomponente: _____ Lote: _____ Hora: _____

Dolor esternal/ lumbar () dolor en zona de punción () disnea () broncoespasmo () shock () edema laríngeo () sibilancias/estertores () tos () hipotensión () taquicardia () oliguria () sangrado en capa () diátesis hemorrágica () fiebre () nauseas/ vómitos () escalofríos () edema local () urticaria/ rash cutáneo () otros: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____ CEP : _____

MEDICO RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____ CMP: _____



BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 034

V. 01

2024

REGISTRO EXTRACCION DE DONANTES

N° DONANTE	FECHA	HORA	CÓDIGO UNIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	DNI	GRUPO Y FACTOR	HB	HTO	OBSERVACIONES

LADO A

TIPO DE DONANTE	TIPO EXTRACCIÓN		COMPLICACIONES		NOMBRE DEL RECEPTOR	SERVICIO SOLICITANTE	RESPONSABLE
	COMPLETA	INCOMPLETA	SI	NO			

LADO B





REGISTRO DE HEMOCOMPONENTES FRACCIONADOS

N°	FECHA	HORA	CÓDIGO UNIDAD	PREPARACION DE HEMOCOMPONENTES											OBSERVACIONES/ RESPONSABLE
				PG			PFC			PLAQ.			CRIO	UNIDAD PEDIA TRICA	
				VOL	TIEMPO	DESTINO	VOL	TIEMPO	DESTINO	VOL	TIMEPO	DESTNO	VOL	VOL	





REPORTE DE REACCION ADVERSA A LA DONACION

Fecha / /

Hora de inicio de la donación

Lugar: Intramural

Extramural

I. IDENTIFICACION DEL DONANTE

Apellidos y Nombre:		Número DNI:	
Edad: años	Sexo: M F	Peso: Kg	Talla: cm
Tipo de Donación: Sangre Total		Plaquetaféresis	Coleta de PH
Donación completa: SI		NO	

II. DATOS RELACIONADOS A LA REACCION ADVERSA

Hora de inicio de la reacción adversa: am / pm	
Tiempo en que se presenta la reacción adversa: Pre-donación Durante Post-donación	
Signos vitales: Inicial: PA / mmHg	Pulso: x' FR X' Sat Oxígeno: %
Final PA / mmHg	Pulso: x' FR X' Sat Oxígeno %

III. REACCIONES ADVERSAS VASOVAGALES

Leve: náusea vómito mareo palidez cefalea diaforesis debilidad somnolencia parestesia
Escalofrío visión borrosa vértigo
Moderada: disnea cefalea intensa rigidez temblor taquicardia pérdida de conciencia < 30 seg
Severa: dolor precordial convulsión relajación de esfínteres traumatismo por caída pérdida de conciencia > 30 seg

IV. REACCIONES ADVERSAS LOCALES

Dolor local dolor irradiado enrojecido local edema hematoma prurito local limitación del mov.
Otros:
Punción traumática Punción arterial tampón por trombo Fallo en la venopunción Otro

V. REACCION DE TOXICIDAD POR CITRATO

Leve: náuseas mareos temblor parestesias bucales
Moderada: vómito escalofrío opresión torácica espasmos musculares
Severa: convulsiones tetania laringoespasma broncoespasma

VI. TRATAMIENTO DE LA REACCION ADVERSA

Lic. Tecnólogo Médico

Médico Patólogo Clínico





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG08 – FR 045

V. 01

2023

FICHA DE IDENTIFICACION DE LA UNIDAD



RECEPTOR: _____

SERVICIO: _____ CAMA _____

G.S. Y FACTOR Rh DEL RECEPTOR: _____

LOTE: _____

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: _____

FECHA DE EMISION _____ HORA _____

PERSONAL RESPONSABLE: _____

TODO HEMOCOMPONENTE POSTRANSFUNDIDO DEVOLVER AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE (INCLUIDO LA TAREJTA D EIDENTIFICACION)





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

EG05 – FR53

V. 01 2024

FORMATO DE GESTIÓN DE STOCK

	Semana	período	2-8 Jun	9-15 Jun	16-22 Jun	23-29 Jun	jun al 6.	7-13 Jul	14-20 Jul	21-27 Jul	28 jul-3 ago	4-10 Ago	11-17 Ago	18-24 Ago	25-31 Ago	1-7 Set	8-14 Set	15-21 Set
	Semana	Nro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PG	O	posit																
	A	posit																
	B	posit																
	AB	posit																
PG	O	nega																
	A	nega																
	B	nega																
	AB	nega																
PFC	O	posit																
	A	posit																
	B	posit																
	AB	posit																
PFC	O	nega																
	A	nega																
	B	nega																
	AB	nega																
PQT	O	posit																
	A	posit																
	B	posit																
	AB	posit																
PQT	O	nega																
	A	nega																
	B	nega																
	AB	nega																
PQA	O	posit																
	A	posit																
	B	posit																
	AB	posit																
CRIO	O	posit																
	A	posit																
	B	posit																
	AB	posit																



 HOSPITAL GENERAL JAÉN <small>Servicios de todo corazón</small>	BANCO DE SANGRE TIPO II	EG05 – FR54	
	HOSPITAL GENERAL DE JAEN	V. 01	2024

FICHA AUTOEXCLUSION POST DONACION

Estimado amigo donante:

Usted, ya dono sangre. Si se sintió obligado a hacerlo por alguna circunstancia, si no contesto sinceramente las preguntas por temor o vergüenza, si piensa que su sangre no puede ser segura, todavía está a tiempo de evitar un riesgo al paciente que la reciba.

Por ello marque con una X una de las siguientes opciones.

Responsamos con la verdad, su respuesta es absolutamente confidencial.

Pueden utilizar mi sangre
es segura

No pueden utilizar mi sangre
tengo dudas

Por favor coloque la ficha en la Urna Roja

Lote N° _____

	BANCO DE SANGRE TIPO II HOSPITAL GENERAL DE JAEN	EG05 – FR55	
		V. 01	2024

INDICACIONES PARA ATENCION POSTERIOR A FLEBOTOMIA

- Evite actividades que puedan forzar el brazo utilizado durante su procedimiento (como hacer ejercicio y levantar objetos pesados) durante al menos 1 día después de su procedimiento.
- Beba más líquidos de lo normal durante 1 a 2 días después de su procedimiento.
- Trate de tomar al menos 8 a 10 vasos (8 onzas o unos 240 ml) por día.
- Evite el alcohol y las bebidas con cafeína (como café, té y refrescos de cola) por el resto del día después de su procedimiento.
- No fume durante al menos 1 hora después de su procedimiento.
- Después de donar sangre debes sentarte en una zona de observación, donde descansas y comes un refrigerio ligero. A los 15 minutos ya podrás irte.
- Evita la actividad física extenuante o levantar cargas pesadas durante aproximadamente 24 horas.
- Mantén el vendaje puesto y seco durante las cuatro horas siguientes
- Si presentas sangrado después de retirar el vendaje, haz presión sobre el sitio y levanta el brazo hasta que el sangrado se detenga.
- Si aparecen moretones, aplica una compresa fría en la zona de vez en cuando durante las primeras 24 horas.



FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE

Paciente: _____

Fecha (dd/mm/aa) N° Postulante
 CODIGO DE DONANTE
 D.N.I./pasaporte/carnet de extranjería

Hematocrito

TIPO DE DONANTE: VOLUNTARIO AUTÓLOGO REPOSICIÓN
SANGRE TOTAL AFERESIS DEPÓSITO

G.s y Rh

1. DATOS PERSONALES:

APELLIDOS:

NOMBRES: SEXO: F M

EDAD (años cumplidos): ESTADO CIVIL: V C D S CONV.

LUGAR DE NACIMIENTO: PROCEDENCIA:

DOMICILIO:

DISTRITO: PROVINCIA: DPTO:

OCUPACIÓN: TELEFONO: CEL:

E-MAIL: LUGAR DE TRABAJO:

VIAJES RECIENTES: _____ PERMANENCIA: _____ FECHA: _____

2. EXAMEN FISICO:

PESO: Kg. TALLA: mt. PRESION ARTERIAL: mmHg

TEMPERATURA: FREC. CARD.: INSPECCION BRAZOS (ACCESO VENOSO):

OBSERVACIONES:

En caso el postulante no califique hasta este punto, se da por finalizado el proceso de selección. Firmando el postulante en señal de aceptación: (Pre- extracción)

Firma del postulante: _____

Entrevistador: _____

Firma: _____

3. PROTOCOLO DE SELECCIÓN DEL DONANTE: Para ser completado con apoyo del examinador

¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregaron?	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 tipo de medicamento en los últimos días? ¿Cuáles?	SI	NO
¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico? ¿Por qué?	SI	NO
¿Se encuentra ahora bien de salud?	SI	NO
EN LAS PROXIMAS 24 HORAS	SI	NO
¿Va a realizar actividad laboral, deportiva o alguna actividad de riesgo?	SI	NO
EN LAS ULTIMAS DOS (2) SEMANAS	SI	NO
¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad?	SI	NO
EN EL ULTIMO MES	SI	NO
¿Recibió vacuna? ¿Cuál? ¿hace cuánto?	SI	NO
¿Tuvo contacto con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa?	SI	NO
EN LOS ULTIMOS DOCE (12 MESES)	SI	NO
¿Se colocó usted tatuajes, percings en algún lugar del cuerpo o tuvo contacto accidental con sangre?	SI	NO
¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? ¿Cuándo?	SI	NO
EN ALGUN OCASIÓN DURANTE SU VIDA:	SI	NO
¿Padece de alguna enfermedad o molestia que requiere control? ¿cuál?	SI	NO





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 057

V. 01

2023

SI ES MUJER

SI NO

Fecha de última regla: .../.../....

¿Está gestando?

¿Está dando de lactar?

SI NO

Fecha de ultimo parto..... N° de gestaciones..... N° de abortos:.....

4. CONASESORIA DEL ENTREVISTADOR

¿Tiene conocimiento sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual?

SI NO

¿Cree que podría ser portador de VIH, Hepatitis B, C u otras enfermedades de transmisión sexual?

SI NO

¿Tiene o ha tenido más de 2 parejas en estos últimos meses?

¿Hace cuánto?

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, sífilis?

SI NO

¿Ha padecido de SI NO medad de transmisión sexual?

SI NO

SIFILIS

SI NO

CHANCRO

SI NO

GONORREA

SI NO

OTROS

SI NO

PRE-CALIFICACION:

APTO:

(Marca con una "X")

NO APTO TEMPORAL

(Marca con una "X")

MOTIVO: _____

NO APTO PERMANENTE

TIEMPO: _____(días) (meses) (años)

FECHA que puede retornar: ____/____/____
(ddmmaa)

(Marca con una "X")

MOTIVO: _____

En caso se determine que el postulante no califique, se da por finalizado el proceso. Firmando en señal de aceptación:

POSTULANTE: _____

(Pre- Extracción)

Firma

ENTREVISTADOR: _____

FIRMA Y SELLO: _____

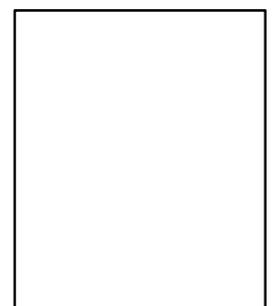
OBSERVACIONES:.....
.....
.....

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE (EG05-FR09):

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 cuáles 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

D.N.I.: _____





BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG05 – FR 034

V. 01

2024

HB / HTO	RCTO PLAQ	TIPO DE DONANTE	PRODUCTO				COMPLICACIONES		RESPONSABLE/ OBSERVACIONES
			VOLUMEN DE PLAQ	VOL ACD	RENDIMIENTO	CICLOS	SI	NO	

LADO DERECHO





FORMATO DE RECLAMOS DE USUARIOS

LIBRO DE RECLAMACIONES				HOJA DE RECLAMACIÓN	
FECHA:	DIA	MES	AÑO	N.º---	
1. IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMIDOR RECLAMANTE					
NOMBRE:					
DOMICILIO:					
DNI/CE:			TELEF/EMAIL:		
PADRE O MADRE:					
2. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN CONTRATADO					
PEODUCTO		MONTO RECLAMO:			
SERVICIO		DESCRIPCIÓN:			
3. DETALLE DE LA RECLAMACIÓN Y PEDIDO DEL CONSUMIDOR			RECLAMO 1	QUEJA ¹	
DETALLE:					
PEDIDO:				FIRMA DEL CONSUMIDOR	
4. OBSERVACIONES Y ACCIONES ADOPTADAS POR EL PROVEEDOR					
FICHA DE COMUNICACIÓN DE LA RESPUESTA		DÍA	MES	AÑO	FIRMA DEL PROVEEDOR (OPCIONAL)
.....					
RECLAMO ¹ DESCONFORMIDAD RELACIONADA A KIS PRODUCTOS Y SERVICIOS			QUEJA ¹ DESCONFORMIDAD NO RELACIONADA A LOA PRODUCTOS O SERVICIOS, O MALESTAR O DESCENTEN TO RESPECTO A LA ATENCIÓN AL PUBLICO		



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

ACCION INMEDIATA

SUGERENCIAS

Nombre, Firma y Sello del Responsable



RESORTE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL

INDICACIONES GENERALES

1. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante.
2. Verificar la identidad del paciente, que correlacione con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o hemocomponente. Verificar el número de la unidad de sangre o componente.
3. Completar el formato de investigación de **Reacciones Transfusionales**
4. El formato **DEBERÁ SER FIRMADO POR EL MÉDICO QUE ATIENDE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL.**
5. Comunicar al banco de sangre la aparición de la reacción transfusional. Devolver la unidad de sangre o hemocomponente 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 rótulo de **"REACCIÓN TRANSFUSIONAL"**

Para ser llenado por enfermería: Debe ser revisado y firmado por el médico que atiende la Reacción Transfusional

Nombre del paciente: _____

HCL: _____ Servicio: _____ Cama N°: _____

I. N° del Hemocomponentes y Sello de Calidad: _____ Cantidad Transfundida: _____

COMPONENTE:

- Glóbulos rojos Glóbulos rojos lavados PFC Plasma residual Crioprecipitado
 Concentrado de plaquetas Plaquetas de aféresis Glóbulos rojos desleucocitados Otros

Premedicación previa a la 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 Orina: _____ AM/PM

CAMBIOS EN SIGNOS VITALES Y SINTOMAS CLINICOS:

Fiebre: Pre _____ Post _____ Presión Arterial: Pre _____ Post _____ Frec. Pulso: Pre _____ Post _____

Frecuencia Respiratoria: Pre _____ Post _____

REACCIONES ADVERSAS:

Escalofríos () Cianosis () Cefalea () Náuseas () Dolor Torácico () Prurito () Edema facial () Dolor lumbar ()
Hemoglobinuria () 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 MEDICO 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

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

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

III. ESTUDIOS DE LABORATORIO ADICIONALES:

- Bilirrubina 5-7 hrs. Post transfusión Perfil de coagulación Examen de orina Otros

RESUMEN:

- Reacción hemolítica inmediata Reacción hemolítica tardía Reacción hemolítica no inmune Fiebre
 Sobrecarga circulatoria Hepatitis Post Transfusional Transfusión asociada a enferm. transmisible



BANCO DE SANGRE TIPO II
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

EG07 – FR 02

V. 01

2023

- Contaminación bacteriana Alergia- Urticaria Anafilaxia Otros

Reporte y Recomendaciones del Medico del Servicio de Medicina Transfusional y Banco de Sangre:

Fecha:...../...../..... Hora:..... AM/PM Firma. CMP y Sello:.....





REGISTRO CONTROL DE TEMPERATURA

EQUIPO: _____ MODELO: _____

SERIE: _____ RANGO DE T°: _____

MES: _____

DIA	00:00	RESP	04:00	RESP	08:00	RESP	12:00	RESP	16:00	RESP	20:00	RESP
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												



INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA

N° de Informe: _____

ORIGEN:	Reclamo de cliente	Auditoria	No conformidad	Revisión de la dirección	Análisis de datos	Otros

Área Responsable:	Fecha de Ocurrencia
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL	
Investigador	Fecha de Informe:
ANALISIS DE LAS CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL	
MEDIDA PREVENTIVA	
Aprobada por:	Plazo de implementación
Firma y Sello:	
Responsable de la verificación:	Fecha de verificación:
INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA	
EFICAZ <input type="checkbox"/>	NO EFICAZ <input type="checkbox"/>
Nombre, Firma y Sello de Responsable:	

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA

N° de Informe: _____

ORIGEN:	Reclamo de cliente	Auditoria	No conformidad	Revisión de la dirección	Análisis de datos	Otros

Área Responsable:	Fecha de Ocurrencia
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD REAL	
Investigador	Fecha de Informe:
ANALISIS DE LAS CAUSAS	
MEDIDA CORRECTIVA	
Aprobada por: _____ Plazo de implementación: _____	
Firma y Sello: _____	
Responsable de la verificación:	Fecha de verificación:
INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA	
EFICAZ <input type="checkbox"/>	NO EFICAZ <input type="checkbox"/>
Nombre, Firma y Sello de Responsable:	

