

ANEXO I

REGISTROS

---

---

## PLANILLA HEMO I

### INSTRUCTIVO PARA CONFECCIONAR EL RESUMEN MENSUAL DE HEMOTERAPIA

#### GENERALIDADES

El resumen mensual de hemoterapia fue diseado para su confección y envío mensual al Instituto de Hemoterapia, a través del Coordinador Regional de Hemoterapia. Tiene como objetivo dar cumplimiento al artículo 5º de la Ley 11.725/95, un original deberá ser archivado en cada Servicio de Hemoterapia por el término de 10 años y exhibido si se solicitara durante las reuniones de inspección para la acreditación de servicios.

Está dividido en cuatro grandes apartados Hemodonación, Preparación de Hemocomponentes, Transfusión y Prevención de la enfermedad Hemolítica del Recién Nacido con el propósito de parcializar el relevamiento de los datos según sea el tipo de servicio que lo confeccione.

Debe ser rellenado en forma completa y con letra clara, confeccionado o al menos supervisado por el profesional a cargo del servicio.

#### Resumen Mensual de Hemoterapia



# RESUMEN MENSUAL DE HEMOTERAPIA

ESTABLECIMIENTO										
							MES		AÑO	
1. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO										
1.a CODIGO N°				2. TIPO DE ESTABLECIMIENTO: AGUDO			CRONICO	MIXTO		
3. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA: NAC			PROV.	MUNICIP.	PRIV.	4. PARTIDO				
5. REG. SANIT.	6. CAMAS DISPONIBLES			7. EGRESOS			8. PARTOS			
9. TIPO DE SERVICIO DE HEMOTERAPIA:					10. PROFESIONAL A CARGO:					
CENTRO REGIONAL DE HEMOT.				UNID. DE TRANSF. INTRAHO SP./INTRA INST.:						
BANCO DE SANGRE INTRAHOS.		POSTA FIJA DE DONACION		NOMBRE Y MATRICULA						
BANCO DE SANGRE EXTRAHOS.		CON COLECTA EXTERNA		FIRMA						
CENTRALIZADO EN:										
CENTRALIZA: INMUNOHEMATOL( ) ANMUNOSEROLOG( ) PROCESAMIENT( )										
1.2 DONATES										
1.1 ORIGEN										
		NO RELACIONADOS			DE REPOSICION			TOTALES		
		NUEVOS	ULTERIORES		NUEVOS	ULTERIORES				
			HABITUALES	NO HAB.		HABITUALES	NO HAB.			
SANGRE TOTAL										
AFERESIS										
COLECTA EXT.										
POSTA FIJA										
TOTALES										
1.3 DESCARTES DE DONACION										
		CONSULTORIO		EXTRACCION		AUTOEXCLUSION		TOTALES		
NUEVO										
ULTERIORES HABITUALES										
ULTERIORES NO HABITUALES										
TOTAL										
1.4 DONANTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE DIAGNOSTICO Y DERIVACION										
		AUTOEXCLUIDOS		SEROPositivos		SENSIBILIZADOS		OTROS		TOTALES
NUEVO										
ULTERIORES HAB.										
ULTERIORES NO HAB.										
TOTAL										

## INSTRUCTIVO DEL CUADRO DE DATOS FILIATORIOS

1. **Establecimiento:** colocar el nombre oficial del establecimiento que remite la información.

1.a. Coloque el código oficial del establecimiento.

2. **Tipo de Establecimiento:** coloque una cruz indicando la administración que corresponda (agudos, crónicos, mixtos).

3. **Dependencia:** coloque un círculo interesando el tipo que corresponda (nacional, provincial, municipal, o privado).

4. **Partido:** consigne el código y nombre del partido donde se halla ubicado el establecimiento.

5. **Región Sanitaria:** consigne la Región Sanitaria a la que pertenece la Institución.

6. **Camas disponibles:** consigne el número de camas disponibles en el mes analizado.

7. **Egresos:** consigne el número de egresos producidos en el mes analizado.

8. **Partos:** consigne el número de partos asistidos en el mes analizado.

9. **Tipo del Servicio de Hemoterapia:** marque con una cruz lo que corresponda, según se establece en la grilla correspondiente. En unidad de transfusión intrahospitalaria/ intrainstitucional, marque sí o no posee posta fija de donación. Marque con una cruz si en

el mes analizado se efectuó colecta externa. Si el servicio está centralizado en un Centro Regional de Hemoterapia (CRH) o Banco de Sangre Intrahospitalario, consigne el nombre de la institución que centraliza; marque con una cruz, quØ actividad del proceso de preparación del producto centraliza (inmunoematología, inmunoserología, procesamiento).

10. Complete con letra clara los datos solicitados del profesional a cargo y su firma. Coloque a la derecha: sello del Hospital. Es dable destacar, que la responsabilidad de los datos consignados es del Jefe de Servicio, y en su ausencia por el profesional o tØcnico que firme la misma.

## 1 HEMODONACION

Tabla de doble entrada, donde deberÆn consignar el nØmero total de donantes correspondientes al mes analizado, considerando su origen y tipo de donante.

### 1.1 SegØen su origen.

Centro: consignar el nØmero de donantes atendidos en la Institución, discriminando los que ingresan como donantes de sangre total o los que son sometidos a procedimientos de afØresis.

Colecta externa: totalizar el nØmero de donantes que proceden de colectas externas. Este dato debe ser consignado por la institución que centraliza, CRH o banco de sangre intrahospitalario.

Posta fija: totalizar el nØmero de donantes procedentes de postas fijas de hemodonación. Este dato deberÆ ser consignado por la unidad de transfusión, mientras se organicen y establezcan el resto de los CRH.

### 1.2 SegØen el tipo:

Una vez considerado su origen, los donantes deben ser discriminados segØen el tipo, en donantes no relacionados o de reposición. Llamaremos donante no relacionado, a aquel que accede voluntariamente al acto de donación, sin mediar compromiso de reposición. Recordamos que llamamos donante de reposición, a aquella persona que accede a la donación para reponer hemocomponentes transfundidos o para cubrir las necesidades de transfusión de un familiar o conocido.

Los donantes no relacionados pueden ser nuevos o ulteriores; llamamos donantes nuevos al que concurre a donar por primera vez, o aquel que no registra donaciones dentro de los Øltimos 3 aæos a la fecha de la presente donación (tener en cuenta que los donantes son del sistema, no debe importar la institución en la apreciación de las donaciones anteriores).

Llamaremos donantes ulteriores, al que presente donaciones dentro de los Øltimos 3 aæos.

Los donantes ulteriores se subclasifican en: donantes habituales y no habituales, es en esta clasificación donde interesa conocer la fidelización de los donantes con cada institución; llamaremos donante habitual, al que presenta dos donaciones en un aæo calendario o en los doce Øltimos meses anteriores a la fecha de donación en una misma institución, por lo que, llamaremos donantes no habituales a los que no cumplan con este requisito.

Atendiendo a las definiciones propuestas, deberán consignar los datos de donantes según el tipo, en la tabla, según correspondan a la clasificación de donantes no relacionados o de reposición, a su vez cada uno de estos dos grandes grupos serán subclasificados en donantes nuevos o ulteriores; y estos últimos se subdividen en habituales y no habituales.

Es importante no olvidar totalizar las cifras parciales.

### 1.3 Descartes de donaciones

Consignar según corresponda en donantes nuevos, ulteriores habituales o ulteriores no habituales, los descartes de donaciones efectuadas en consultorio, extracción, autoexclusión, durante el mes analizado. Totalizar según cuadro. Enunciamos algunos ejemplos; deben ser considerados descartes de consultorio de admisión: bajo peso, hemoglobinas o hematocritos patológicos, patologías transmisibles, ingestas de medicamentos, etc. De extracción: mala red venosa, escaso volumen, síndrome vasovagal. Autoexclusión: unidades separadas del circuito por formulario de autoexclusión. Deben observar en cada caso la clasificación de donantes.

### 1.4 Donantes atendidos en consultorio de Diagnóstico y derivación

Consignar el total mensual según corresponda en donantes nuevos, ulteriores habituales o ulteriores no habituales, atendidos en consultorio por causa de autoexclusión, seropositividad, sensibilización y otros. El cuestionario de autoexclusión es confidencial no anónimo; los donantes con serología positiva se citan por consultorio de diagnóstico y derivación, por lo que en autoexclusión de 1.4 deben consignar los donantes que se autoexcluyeron y presentaron serología positiva. En seropositivos el número de donantes atendidos en consultorio por causa de seropositividad, en sensibilizados los que presentan anticuerpos y en otros los controles o los donantes considerados en circuitos de reentrada (serologías positivas, procedimientos patológicos transitorios, autoexcluidos, tatuados y otros).

2. PREPARACION DE HEMOCOMPONENTES							
2.1 INMUNOHEMATOLOGIA EN DONANTES							
D.A.I.				ANTICUERPOS			
NO	SI			DETECTADOS N	IDENTIFICADOS N		
2.2 INMUNOSEROLOGIA							
2.2a PATOLOGIAS DETECTADAS POR SCREENING							
SIFILIS	BRUCELOSIS	CHAGAS	HBsAg/AntiH Bc	HCV	HIV 1+2/ P 24	HTLV 1+2	TOTAL
TOTAL DE UNIDADES DESCARTADAS POR SEROLOGIA POSITIVA							
2.2b POSITIVIDAD PATOLOGIA POR METODO SUPLEMENTARIO Y/O CONFIRMATORIO							
SIFILIS	BRUCELOSIS	CHAGAS	HBsAg/AntiH Bc	HCV	HIV 1+2/ P 24	HTLV 1+2	TOTAL
2.3 FRACCIONAMIENTO							
2.3a SANGRE ENTERA INGRESADA A FRACCIONAMIENTO							
2.3b HEMOCOMPONENTES ESTANDAR ELABORADOS	ELABORACION	DESCARTES		DISTRIBUCION EN EL SECTOR		VENCIDOS	TOTAL
	CANTIDAD	ROTOS/AB	OTROS	PUBLICOS	PRIVADOS		
CONCENTRADO ERITROCITARIO							
CONCENTRADO PLAQUETARIO							
PLASMA FRESCO CONGELADO							
PLASMA MODIFICADO							
CRIOPRECIPITADO							
TOTALES							
2.3c HEMOCOMPONENTES NO ESTANDAR PRODUCIDOS	IRRADIADO	FILTRADO	FRACC. PED.	LAVADOS	OB. AFERESIS		
CONCENTRADO ERITROCITARIO							
CONCENTRADO PLAQUETARIO							
PLASMA							
TOTALES							
2.3 d PLASMA ENVIADO A PLANTA DE HEMODERIVADOS (en unidades)	2.3e HEMODERIVADOS		RECIBIDOS		PUBLICO	PRIVADO	

## 2 PREPARACION DE HEMOCOMPONENTES

### 2.1 Inmunohematología en donantes

Estudios inmunohematológicos en donantes de sangre. DAI: Detección de anticuerpos irregulares en donantes. Son de detección obligatoria (debe colocar una cruz donde corresponda). Coloque una cruz en SI y consigne el número total de pruebas realizadas para la detección. Si por algún motivo, no se realizará. En las pruebas de detección, coloque una cruz en NO, adicione un asterisco en observaciones y especifique el motivo.

Anticuerpos: en este sector de la tabla, debe consignar el número de anticuerpos detectados y número de anticuerpos identificados.

### 2.2 Inmunoserología

2.2.a Determinaciones serológicas positivas por métodos de Screening. Se hallan encolumnados por patologías: sífilis, brucelosis, Chagas, hepatitis, SIDA

Prevalencia: columna diseñada para consignar los datos de prevalencia serológica que corresponda a cada reacción.

La positividad serológica de chagas vinculada con el par serológico obligatorio, se contabilizará como sola prueba positiva.

Con respecto a Hepatitis B (HBs Ag y Anti HBc) tener en cuenta la superposición de reacciones positivas, efectuando la resta según corresponda, con el objeto de evitar el incremento de la prevalencia de esta patología.

Se realizará en una muestra de sangre de cada donante la detección del antígeno P 24 del HIV, a fin de reunir evidencia epidemiológica que permita decidir sobre su continuidad.

*Total de unidades descartadas por serología positiva*: solo deberá consignar el número de unidades excluidas del circuito en virtud de la positividad de las pruebas serológicas a las que fue sometida.

2.2.a1 Determinaciones serológicas reactivas por marcador y método de screening ( ver página 11 y final de planilla)

2.2.b Determinaciones serológicas positivas por métodos suplementarios o confirmatorios. *Deberán consignar el número de determinaciones serológicas positivas por métodos suplementarios y/o confirmatorios realizados en el establecimiento.*

### 2.3 Fraccionamiento.

2.3.a *Sangre entera ingresada a fraccionamiento:* deberán consignar el número total de unidades de sangre entera ingresada a producción.

Este cuadro será completado en aquellos servicios encargados de la elaboración y distribución de los Hemocomponentes, los que están divididos en cinco tipos: concentrado eritrocitario, concentrado plaquetario, plasma fresco congelado, plasma modificado y crioprecipitado.

2.3.b En *elaboración* deberán colocar a la derecha de cada hemocomponente el número total de cada componente producido en el mes analizado.

*Descartes:* fueron consideradas las unidades descartadas en rotos o abiertos, hemolizados, vencidos y por otras causas; deberán consignar el número de unidades descartadas en producción en el período analizado.

*Distribución:* deberán consignar la cantidad mensual de cada hemocomponente entregado a cada efector centralizado, dividiendo los mismos según correspondan al sector público o privado.

*Vencidos:* deberán consignar el número de unidades de cada hemocomponente vencido en la heladera de distribución.

### 2.3.c *Calidad de hemocomponentes producidos.*

Cuadro diseñado para evaluar las calidades de producción, deberán consignar según corresponda, el número de unidades de hemocomponentes que hayan sido sometidos a procesamiento de irradiación, filtrado, fraccionado para pediatría, lavado u obtenido por aféresis, no olvidar totalizar filas y columnas ( ej. si se produjeron 50 concentrados eritrocitarios estos deben ser informados en cuadro 2.3b ( si 10 de ellos fueron irradiados, 5 filtrados y 3 fraccionados para pediatría, esto deberá ser informado en cuadro 2.3 C, sin perjuicio de pensar en la duplicación del dato ).

### 2.3.d *Plasma enviado a planta de hemoderivados.*

Deberán consignar el número total de unidades de ( plasma de banco, plasma fresco congelado, plasma modificado, crioprecipitado ) enviado para hemoderivar. Se contabilizarán unidades.

### 2.3.e *Hemoderivados.*

Cuadro diseñado para los Centros Regionales de Hemoterapia, donde deberán consignar la recepción de productos de la planta de Hemoderivados, colocar en *recibidos* el número de envases recepcionados de Albumina, Gammaglobulina anti-D, Gammaglobulina poliespecífica; ( deberán consignar el número de frascos *recibidos* y *distribuidos* tanto en el sector público como *privado* y en observaciones explicitar, el porcentaje y mililitros de albúmina los microgramos de Gammaglobulina anti-D y los gramos gammaglobulina I M y I V ); en otros; apartado abierto por si se incorpora la entrega de otro producto en tiempos venideros.

*Distribuidos:* consigne el número de unidades de cada Hemoderivado distribuido en el sector público o privado.

3. TRANSFUSION															
3.1 EVALUACION CLINICA PRETRANSFUSIONAL															
SI												NO		NUMERO	
DIRECTAS				INDIRECTAS						TOTAL					
3.2 HEMOCOMPONENTES			TOTAL UNIDADES RECIBIDAS	TRANSFUSIONES POR SERVICIOS					RED SERV.		DESCARTES				
				CLI	QUI	PED	OBS	TOTAL	RECIB.	ENV.	VENC.	AB	OTROS	TOTAL	
SANGRE ENTERA															
CONCENTRADO ERITROCITARIO															
CONCENTRADO PLAQUETARIO															
PLASMA FRESCO CONGELADO															
PLASMA MODIFICADO															
CRIOPRECIPITADO															
TOTALES															
3.3 HEMOC. NO ESTAND. TRANSF.			IRRADIADO	FILTRADO	IN SITU	FRACC. PED	LAVADOS	OB. AFERES	TOTAL						
SANGRE ENTERA															
CONCENTRADO ERITROCITARIO															
CONCENTRADO PLAQUETARIO															
PLASMA															
TOTALES															
3.4 HEMODERIVADOS			RECIBIDOS	ADQUIRIDOS	TOTAL TRANSFUNDIDOS										
ALBUMINA															
GAMMAGLOBULINA - D															
GAMMAGLOBULINA															
FACTOR VIII															
COMPLEJO PROTROMBINICO															
3.5 INMUNOHEMATOLOGIA EN RECEPTOR															
PACIENTES															
UNIDADES COMPATIBILIZADAS NO TRANSFUNDIDAS															
PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD															
Ac. DETECTADAS DA I N															
Ac. IDENTIFICADOS NO	SI	IN													
3.6 REACCIONES ADVERSAS DE LA TRANSFUSION															
GRH															
NHR															
TOTAL															
3.7 N° DE RECEPTORES DE TRANSF. HOMOLOGA															
PEDIATRICOS															
ADULTOS															
3.8 TRANSFUSION AUTOLOGA															
NO	I		PACIENTE/DADOR	N	E										
N TRANSFUSIONES			DES DESCARTADAS												
3.9 AFERESIS TERAPEUTICA															
NO	I		PACIENTE			COAFERESIS									
N PLAQUETOAFERESIS			AFERESIS			N PLASMAAFERESIS									

### 3 TRANSFUSIÓN

#### 3.1 Evaluación clínica pretransfusional.

Deberá consignar el casillero correspondiente si realiza evaluación clínica pre-transfusional y consignar el número de evaluaciones directas e indirectas, totalizando las mismas. Llamaremos evaluaciones pretransfusionales *directas* a las realizadas por indicación propia o por interconsulta, donde se realice exámen clínico y de antecedentes con anterioridad a la indicación transfusional e *indirectas* a aquellas en las que solo se realiza evaluación de antecedentes, historia clínica o solicitud de transfusión, sin mediar evaluación clínica del receptor.

#### 3.2 Hemocomponentes

*Total de unidades recibidas.* Columna que deben completar las unidades de transfusión. Deberá consignar en el casillero correspondiente el número de unidades recibidas de cada hemocomponente; si el efector fuera un servicio que cuenta con preparación de producto sanguíneo deberá completar esta columna con guiones.

*Transfusión por servicio.* Columnas en las que deberá consignar el número de unidades de cada hemocomponentes transfundido mensualmente (discriminado por servicio : clínico, quirúrgicos, pediátricos y obstétricos, los neonatológicos deben sumarse a los pediátricos y los ginecológicos a los obstétricos ).

Total de datos encolumnados donde se efectuaron las sumas parciales de cada tipo de Hemocomponente, transfundido por servicios, al pié de las columnas se totalizan las unidades transfundidas en cada una de ellos. Red de Servicios: consignar el número de unidades que reciben NO de la institución que los centraliza sino de las otorgadas por otros

servicios en la emergencia y otro ítem donde consignar lo cedido en iguales circunstancias, pretende representar el tráfico de unidades en la red de servicios. Descartes: Deberán consignar el número de unidades descartadas en la heladera asignada a transfusión de unidades vencidas, abiertas y por otras causas, no olvidar totalizar filas y columnas.

#### *Unidades devueltas al CRH.*

Los CRH deberán consignar en red de servicios el número de cada tipo de hemocomponente que es devuelto al centro Regional que lo centraliza en virtud de la cercanía del vencimiento, o por otras causas.

*3.3 Calidad de Hemocomponentes transfundidos*, cuadro diseñado para evaluar el número de componentes No standard transfundidos en el mes analizado. Consigne el número de unidades transfundidos que se correspondan con las calidades de Hemocomponentes que figuran en la tabla, tomando en cuenta lo ejemplificado en 2.3 c. *En filtradas* consignar las unidades transfundidas, filtradas en el centro regional, *en In Situ*, las unidades que fueron filtradas en la unidad de transfusión o al pie de la cama del paciente.

*3.4 Hemoderivados*: Cuadro diseñado para las unidades de transfusión, con el objeto de abordar el control de Hemoderivados, consignar el número de unidades recibidas por la red de servicios, *adquiridas* por compra directa, SAMO u otras y número de unidades transfundidas de cada Hemoderivado presente en la Tabla. Para relevar los datos, tener en cuenta lo considerado en 2.3 y ampliar las consideraciones correspondientes a Factor VIII y Complejo protombínico.

#### *3.5 Inmunohematología en receptor.*

*Pacientes*: consigne el número de pacientes, que ingresaron al Servicio para realizar estudios de la especialidad.

*Unidades compatibilizadas y no transfundidas*: deben consignar el número de unidades que fueron compatibilizadas y no transfundidas.

*Pruebas de compatibilidad*: N° , consigne el número total de pruebas de compatibilidad pretransfusional realizados en el mes analizado.

*Anticuerpos detectados DAI*: N° consigne el número de anticuerpos detectados en receptores, y a continuación si realizan identificación, coloque una cruz en SI y consigne el número de anticuerpos identificados en receptores, en el mes que está informando. Si no realizan identificación, coloque una cruz en NO y adicione un asterisco en observaciones para consignar el nombre de la institución a la que derivan las muestras.

*Unidades compatibilizadas y no transfundidas*: deben consignar el número de unidades que fueron compatibilizadas y no transfundidas.

*3.6 Reacciones adversas de la transfusión* : Si han observado reacciones transfusionales en el mes analizado, clasifique las mismas en Hemolíticas (GRH) y no Hemolíticas (NHGR), consigne el número de cada una de ellas e informe el total.

*3.7 Número de receptores de transfusión homologa* : Deberán consignar en el casillero correspondiente el número total de receptores pediátricos y adultos, transfundidos en el mes analizado.

*3.8 Transfusión Autologa*: Autotransfusión, si no ha implementado en su servicio este Programa, coloque una cruz en NO, y en el resto, coloque un guión (-). Si realizan procedimientos de transfusión autóloga, coloque una cruz en sí, consigne el número total de paciente - dador ingresados al programa en el mes analizado, consigne el número total de extracciones

(bolsas colectadas); número de transfusiones efectuadas, número de unidades descartadas en el mes analizado.

**3.9 Aféresis Terapéutica:** Aféresis terapéutica: si no realizan en su servicio aféresis terapéutica coloque una cruz en NO y en el resto coloque un guión. Si realizan procedimientos de aféresis terapéutica, coloque una cruz en SI; consigne el número de pacientes sometidos a este procedimiento en el período analizado, colocando al pie, el número total de leucoaféresis, plaquetoféresis, eritroaféresis y plasmaféresis efectuadas en el mes.

**Nota:** Los datos de estudios, compatibilidades y transfusiones efectuadas a pacientes no hospitalizados y transfundidos en programas semejantes a la atención de hospital de Día. Dichos pacientes deben ser considerados como atendidos en clínica médica, si se desea, especificar lo propio en observaciones, el resto de prestaciones que se realizan en un servicio como agrupamiento ABO – Rh: para carnet de conductor, viajes de estudiantes y otros estudios que en la 111r eran considerados en pacientes y otros, deberán ser volcados en una planilla de producción del Servicio, que será considerada y puesta en práctica oportunamente.

4. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO						
<b>4.1 ESTUDIOS DE COMPATIBILIDAD CONYUGAL</b>				OBSERVACIONES DE EHRN:		
N ESTUDIOS						
N DE ANTIC DETECT.						
N DE ANTIC. AntiD IDENT.						
<b>4.2 ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD MATERNO</b>						
N DE PUERPERAS Rh +						
N DE PUERPERAS Rh -						
N RN ESTUDIADOS						
N AC DETECTADOS						
N AC IDENTIFICADOS						
<b>4.3 HEMOLÍTICA PERINATAL DIAGNOSTICADA</b>						
ANTI Rh (D)				ESPECIFICAR		
OTRAS						
<b>4.4 INMUNOPROFILAXIS ANTI Rho (D)</b>						
INDICACIONES	PRENATAL	NO	SI	N		
	POST-NATAL	NO	SI	N		
	POST-ABORTO	NO	SI	N		
	OTRAS	NO	SI	N		
<b>4.4 INMUNOPROFILAXIS ANTI Rho (D)</b>						
HEMOTERAPIA	NO	SI	OBSTETRICIA	NO	SI	
OBSERVACIONES GENERALES:						

#### 4. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO.

**4.1 Estudios de compatibilidad conyugal:** recordamos que deben realizar agrupamientos ABO y Rh a la gestante y su pareja, investigación de anticuerpos irregulares a la gestante, el estudio de ambos debe ser contabilizado como una unidad, aún si no concurre el padre. *Nº de estudios realizados:* informe el número total de casos nuevos ingresados para estudiar en el Servicio de Hemoterapia; *Nº de anticuerpos detectados:* consigne el número total de anticuerpos detectados ( DAI + y CD + ) y en el casillero de abajo consigne el *Nº de anticuerpos Anti D* identificados en los estudios de compatibilidad conyugal.

#### 4.2 Estudios de compatibilidad materno fetal.

Recordamos que es responsabilidad del servicio de Hemoterapia, realizar el estudio del 100 % de puerperas y recién nacidos asistidos en la Institución. Consigne en el casillero correspondiente el número de puérperas RH positivas, número de puérperas RH negativas, número de recién nacidos estudiados, número de anticuerpos identificados por pruebas directas e indirectas en estudios de compatibilidad materno fetal, en el mes analizado. Si no realiza identificación, coloque un asterisco y señale en observaciones a que servicio deriva para identificar.

#### 4.3 Enfermedad Hemolítica Perinatal

Consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal debida a anticuerpos anti Rh. En otros consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal producidas por anticuerpos que no correspondan a anticuerpos anti Rh; especificar el sistema al que corresponda el anticuerpo identificado.

#### 4.4 Inmunoprofilaxis Anti RHO ( D )

Coloque una cruz en el casillero correspondiente por NO o SI han realizado indicación de inmunoprofilaxis anti RhO (D), prenatal, postnatal o postaborto y otras, consignando en el casillero correspondiente al número total de indicaciones realizadas en el mes; el número total de aplicaciones y número de controles realizados en cada modalidad ( fecha de aplicación, dosis y seguimiento personalizado de la paciente debe figurar en su ficha de control ).

4.5 Prescripta por el Servicio de : coloque una cruz en el casillero que corresponda si la indicación de la inmunoprofilaxis anti RhO (D) fue realizado por personal del Servicio de Hemoterapia o de Obstetricia.

2.2 a1 DETERMINACIONES SEROLOGICAS REACTIVAS POR MARCADOR Y METODO DE SCREENING											
		N°	METODOS								N° DE CASOS
SIFILIS			VDRL		USR		RPR		OTRO		
BRUCELOSIS			ROSA de B		HUD.						
CHAGAS	METODO 1		EIA		APG		HAI				
	METODO 2		EIA		APG		HAI				
Ag HBS			MEIA		EIA		HRP		OTRO		
ANTI HBC			MEIA		EIA		OTRO				
ANTI HCV			MEIA		EIA		OTRO				
ANTI HIV 1+2			MEIA		EIA		APG		RO		
Ag P24 Y HIV 1			EIA								
HTLV I/II			EIA		PG		OTRO				
HIV Ag /AC			EIA								

2.2.a1 En la columna (N°) indicar el número de resultados repetidamente reactivos hallados para cada determinación.

A la derecha indicar con una cruz el método utilizado.

N° de casos: para aquellas patologías en las que se utiliza mÆs de un marcador (Hepatitis B y HIV/SIDA) o mÆs de un método (Chagas), consignar la cantidad de donantes con resultados repetidamente reactivos no importando la reactividad detectada por cada método de estudio.

**Nota :** si alguna prÆctica o tØcnica con el tiempo fuera suplantada o perimida, completar los datos que correspondan, adicionando una explicación en Observaciones.



Sello de la Institución

# HEMO 2

## FICHA DE DONACION DE LA PROVINCIA DE BS. AS.

(POR FAVOR USE SOLO TINTA AZUL)

Posta o Colecta

Donante N°

Fecha

--	--	--

### DATOS PERSONALES DEL DONANTE

Apellidos/Nombres.....  
DNI/CI/LE/LC. N°: Pasaporte: ..... Fecha Nac:..... Edad:..... Sexo:.....  
Domicilio Actual:..... Localidad:.....  
Domicilio DNI:..... Localidad:.....  
Teléfono:..... Código Postal:.....  
Lugar de Nacimiento:..... Ocupación:.....  
Dona para el Hospital:..... paciente:.....

Donación Autóloga:

Donación de Aféresis:

Donaciones Anteriores:	Fecha	Institución
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Operador:.....

### DATOS CLINICOS DEL DONANTE

HTO / HB..... TA:..... Pulso:..... Temp.:.....  
Peso:..... Inspección del brazo:.....  
Observaciones: .....

Operador:.....

### EXTRACCION

Tipo de Bolsa:..... N° de Lote:..... Anticoagulante: CFDA -  
Otro: .....

Brazo Usado: D I Dificultad en la Extracción: Si No (Códigos: **SD - RV - Ag - T- Bo - Lp**)

Tolerancia al Procedimiento: Buena Regular Mala Tipo de Reacción: (Códigos: **He - 1 - 2-**)

Peso de la Bolsa:..... Hora de extracción:..... Muestras: Si - No.

Operador:.....

**NOTA:** SD(se retira sin donar)-RV(red venosa)-Ag(aguja)-T(tubuladura)-Bo(bolsa)-Lp(lipotimia).  
He(hematoma)-1(leve-moderada)-2(severa)

## Planilla a completar por el mØdico que realiza la entrevista pre donaci3n

- Si -No ¿Ley3 atentamente la hoja de informaci3n que se le entreg3 en la sala de espera?
- Si -No ¿Ha donado sangre en las 3ltimas 8 semanas?
- Si -No ¿Sufri3 alg3en inconveniente con posterioridad a la donaci3n?
- Si -No ¿Lo han rechazado como donante de sangre o le dijeron que no puede donar?
- Si -No ¿Ha ingerido alg3en alimento s3lido o leche en las 3ltimas 6 Hs?
- Si -No ¿Se siente bien y "sano" hoy?
- Si -No ¿Est/E tomando alguna medicaci3n?
- Si -No ¿Ha padecido o padece enfermedades del coraz3n (infarto, angina de pecho, etc.)?
- Si -No ¿Ha tenido enfermedad en los pulmones, tuberculosis o asma bronquial?
- Si -No ¿Es al3rgico a medicamentos o a otras sustancias?
- Si -No ¿Ha tenido convulsiones, desmayos, ausencias o p3rdidas de conocimiento? ¿Padeci3 alguna vez de epilepsia?
- Si -No ¿Alguna vez le diagnosticaron cÆncer? ¿CuÆI?.....
- Si -No ¿Recibi3 quimioterapia y/o radiaciones?
- Si -No ¿Ha recibido tratamiento con hormonas de crecimiento o hipofisarias?
- Si -No ¿Ha tenido hemorragias y/o problemas de coagulaci3n?
- Si -No ¿Es diab3tico insulinodependiente?
- Si -No ¿Es chagÆsico?
- Si -No ¿Tiene presi3n alta?
- Si -No ¿Tom3 medicaci3n para el Acn3, Soriasis o para la pr3stata (Accutane, Proscar, TÆngison o similar)?
- Si -No ¿Presenta o present3 alguna enfermedad no mencionada? ¿CuÆI?.....

### HA TENIDO ALGUNA VEZ

- Si -No ¿Ictericia, color amarillo de piel, hepatitis o pruebas positivas para Hepatitis o enfermedad del h3gado?
- Si -No ¿Us3 una aguja para inyectarse alguna droga, aunque sea una sola vez?
- Si -No ¿Us3 drogas como Marihuana o Coca3na?
- Si -No ¿Toma bebidas alcoh3licas? ¿CuÆnto? ¿Con qu3 frecuencia?
- Si -No ¿Ha tenido contacto sexual con alguien que haya estado expuesto al virus del Sida o que est3 infectado con el virus del Sida, Hepatitis B o C?
- Si -No ¿Ha tenido relaciones sexuales con prostitutas, con Varias parejas (hombres / mujeres) drogadictos/as o ha estado involucrado/ a en sexo por dinero o por drogas?
- Si -No Si es hombre ¿Ha tenido contacto sexual con otros hombres?

ADMITIDO EN CONSULTORIO: Si

No

Observaciones:.....

- Si -No ¿Ha sido tratado por s3filis, gonorrea u otra enfermedad ven3rea?
- Si -No ¿Tiene Sida o pruebas positivas para VIH?
- Si -No ¿Ha tenido fatiga, sudoraci3n nocturna o p3rdida de peso inexplicable?
- Si -No ¿Ha tenido ganglios, lesiones en la piel o mucosas (boca, nariz, pene, ano)?
- Si -No ¿Ha tenido Malaria o Paludismo, recib3 tratamiento o viaj3 a zonas end3micas?

### EN LOS ULTIMOS 12 MESES

- Si -No ¿Ha recibido tratamiento contra la rabia?
- Si -No ¿Ha recibido Inmunoglobulina anti-hepatitis B (no vacuna)?
- Si -No ¿Se ha realizado tatuajes, pinchazos en orejas, en la piel 3 tratamiento de acupuntura?
- Si -No ¿Ha recibido transfusiones de sangre o trasplante de 3rganos o tejidos?
- Si -No ¿Ha tenido contacto accidental con sangre humana, secreciones o realiza tareas quedando expuesto a la misma?
- Si -No ¿Le han realizado alg3en procedimiento de cirug3a mayor, menor, laparoscopia o endoscopia?
- Si -No ¿Ha tenido contacto íntimo con un enfermo en plan de diÆlisis o personas que reciben frecuentes transfusiones de sangre o componentes sanguíneos?
- Si -No ¿Ha estado detenido en instituciones carcelarias o policiales?
- Si -No ¿Ha tenido relaciones sexuales de riesgo aunque sea una sola vez con distintas mujeres/hombres?
- Si -No ¿Alguna vez ¿Ha sido violado/a o sufrido de abuso sexual?

### SI ES MUJER

- Si -No ¿Est/E embarazada? ¿Ha sufrido en el 3ltimo a3o parto-aborto - cesÆrea?
- Si -No ¿Ha tenido alguna vez contacto íntimo con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre?

### EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS

Si -No ¿Ha recibido vacunas? ¿CuÆles?

### EN LOS ULTIMOS 3 DIAS

- Si -No ¿Ha tomado aspirinas o analg3sicos?
- Si -No ¿Ha recibido tratamiento odontol3gico?
- Si -No ¿Ha tenido diarrea?

### POR FAVOR RESPONDA CON SINCERIDAD

- Si -No ¿Est/E donando para que le hagan la prueba del SIDA?
- Si -No ¿Recibi3 dinero o alg3en tipo de compensaci3n para donar?
- Si -No ¿Entendi3 todas las preguntas que se le formularon?

Causa m3dica definitiva C3d.....

Causa m3dica temporaria C3d.....

FIRMA Y SELLO DEL M3DICO  
RE REALIZO LA ENTREVISTA

## CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DEL DONANTE LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Hoy he concurrido a donar sangre o plaquetas por mi libre y propia voluntad. Estoy en conocimiento que la donaci3n de sangre es un acto solidario y altruista, por lo tanto, no he recibido ning3n tipo de remuneraci3n o incentivo (la compra o venta de sangre constituye un delito federal). Al hacerlo entiendo que mi sangre serÆ sometida a anÆlisis de laboratorio para detectar la exposici3n a infecciones que pueden ser transmitidas: S3filis, Enfermedad de Chagas, Brucelosis, Hepatitis B y C, HIV / SIDA y HTLV I y II.

Voluntariamente autorizo a que en caso de detecci3n de cualquier hecho que 3sta instituci3n considere relevante en relaci3n a mi sangre se me notifique en tiempo y forma, al domicilio que he declarado. Tambi3n entiendo que al existir el riesgo de transmitir enfermedades por mi sangre se registrarÆ esta situaci3n, y no debo donar en ning3n establecimiento hasta tanto no exista una r3gula autorizaci3n profesional especializada y que puedo ser transmisor de enfermedades aunque los anÆlisis sean negativos.

He sido informado y he comprendido que durante o despu3s de la donaci3n, eventualmente, puedo sufrir una reacci3n inesperada y fortuita, como por ejemplo, un hematoma alrededor del sitio de entrada de la aguja, la punci3n de una arteria, desmayos o p3rdida temporaria del conocimiento. Hoy tambi3n he le3do la informaci3n pre y post- donaci3n que se me ha brindado; he entendido todas las preguntas que se me han formulado en la entrevista m3dica personalizada sobre mi salud, mis hÆbitos sexuales y mis posibles adicciones a drogas; he tenido la oportunidad de consultar todo lo que he necesitado saber y me han respondido satisfactoriamente con t3rminos comprensibles para m3. Certifico que respond3 a todas las preguntas con la verdad y con lo mejor de mi conocimiento. Es por ello que considero que estoy en condiciones de donar sangre o plaquetas.

### USTED PUEDE SER DONANTE VOLUNTARIO

En caso de necesidad autorizo a ser llamado para donar sangre o plaquetas: Si  No

Firma del Donante.....Fecha:.....

Firma del Padre o Tutor:.....Fecha:.....

Aclaraci3n:..... D.N.I. N3:.....

FIRMA Y SELLO DEL M3DICO  
RESPONSABLE DEL PROCESO  
DE HEMODONACION



## HEMO 3



**C O N F I D E N C I A L**  
ANTES DE RETIRARSE DEJARLO EN EL BUZÓN

DONANTE N°: .....

Este cuestionario es un complemento de la entrevista médica de consultorio. Su colaboración permitirá ofrecer transfusiones seguras. MARQUE CON UNA CRUZ SOLAMENTE SI USTED SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES

- ¿Ha utilizado o utiliza drogas tales como cocaína, LSD, etc.?
- ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (homosexualidad)?

**En los últimos doce meses:**

- ¿Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo con ...
- ... parejas ocasionales que no conoce bien?
  - ... personas adictas a drogas?
  - ... personas que ejercen la prostitución?,
  - ... personas que reciben frecuentemente transfusiones de sangre?

**Si tiene alguna duda, consulte con un profesional del Banco de Sangre que gustosamente lo atenderá.**

# HEMO 4

FECHA...../...../.....

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL.....



## SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES Y HEMODERIVADOS

SE SOLICITA AL CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA LA PROVISIÓN DE:

Tipo Hemocomponente o Hemoderivado	Cantidad en Unidades	Grupo ABO y Factor Rh Solicitado	Fraccionado Pediatría		Irradiado			Filtrado		Lavado	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Concentrados de Glóbulos Rojos <i>Reposición de stock</i>											
Concentrados de Glóbulos Rojos <b>Demanda no Programada por stock</b>											
Sangre Total											
Concentrados Plaquetarios Convencionales											
Plasmas Frescos congelados					Observaciones:						
Plasma Modificado											
Crioprecipitados											
Albumina x50cc											
Gamma globulina Endovenosa Gamma globulina intramuscular											

### 1. IMPORTANTE

- Las solicitudes deben llegar al Centro Regional de Hemoterapia antes de las 10 horas.
- La reposición de stock se hará en el horario de 8 a 12 horas.
- Las emergencias serán contempladas (consignar observaciones).
- No se dará curso a las solicitudes que no estén debidamente cumplimentadas.

Sello de la Institución solicitante  
Transfusión

Firma y sello Jefe de Unidad

Entregó (Firma y Aclaración)

Retiró (Firma y aclaración)

# HEMO 5

 <b>PROVINCIA DE BUENOS AIRES</b> <b>MINISTERIO DE SALUD</b>		<b>SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN</b>
<i>Este pedido debe ser llenado en forma clara y completa con firma y sello profesional</i>		
<b>FECHA:</b> .....		

PACIENTE - APELLIDO Y NOMBRES:		SEXO	EDAD	H. CLINICANº
		F   M		
SERVICIO:	PISO:	SECTOR:	SALA:	CÁMARA:
AMBULATORIA	DOMICILIARIA			

DIAGNOSTICO:

Hematocrito: .....% Hb: ..... Rto. Plaquetas: ..... Rto. Leucocitos: .....	T. QUICK: ..... K P T T: ..... T. T.: .....	F.C.: ..... T.A.: ..... Otros: ..... De Fecha: .....
---	---	---

<b>SE SOLICITA: en cc.</b>		
Glóbulos desplamados	cm <sup>3</sup>	Crio precipitados C. Granulocitari Sangre Entera
Plasma	cm <sup>3</sup>	
Plasma fresco congelado	cm <sup>3</sup>	
C. Plaquetario	cm <sup>3</sup>	
Irradiados <input type="checkbox"/>	Glóbulos Lavados <input type="checkbox"/>	Desleucocitados <input type="checkbox"/>
		Fracc. P/ Pediatría <input type="checkbox"/>

<b>CARACTER DE LA TRANSFUSIÓN:</b>										
Programada <input type="checkbox"/> No Urgente <input type="checkbox"/> De Reserva <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> I</td> <td style="text-align: center;">Urgente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> IV</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> II</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> III</td> <td style="text-align: center;">De Extrema Urgencia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> I	Urgente	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> II			<input type="checkbox"/> III	De Extrema Urgencia	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> I	Urgente	<input type="checkbox"/> IV								
<input type="checkbox"/> II										
<input type="checkbox"/> III	De Extrema Urgencia	<input type="checkbox"/> V								

<b>ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES</b>					
Transfusiones Anteriores	Se Ignora	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Reacciones Alérgicas	Se Ignora	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<b>Antecedentes por Sensibilización</b>					
Obstétricos	Se Ignora	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Transfusionales	Se Ignora	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

<b>CONSULTA:</b>	<input type="checkbox"/> Evaluación Clínica Pretransfusional:	<input type="checkbox"/> Directa:
		<input type="checkbox"/> Indirecta:

_____ Firma	_____ Sello del MØdico Solicitante
Recibido el pedido de Transfusión Nº ..... a la Hora ..... del Día .....	
.....	
Recibido el pedido de Transfusión Nº ..... a la Hora ..... del Día .....	
_____ Firma	_____ Aclaración

**1 anverso**

**PARA NOTIFICACIÓN:**

**Carácter de la Transfusión**

I "Programado" para un determinado día y hora.

II "No Urgente" a realizar dentro de las veinticuatro horas.

III "De Reserva" Prequirúrgico

IV "Urgente" a realizar dentro de las tres horas

V "De Extrema Urgencia" sin pruebas de compatibilidad

La responsabilidad por sensibilización y/o accidentes corresponde a quien solicita la Transfusión con Øste carácter u om ita los datos solicitados

*Es la mayor importancia, que el mØdico tratante explique a los familiares del paciente sobre la necesidad de reponer la sangre transfundida, resaltando el beneficio de la donación solidaria y habitual.*

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

Opinión de l mØdico He moterapeuta sobre el criterio de la indicación transfusional:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

**TIPIFICACIÓN DEL RECEPTOR**

Grupo ABO :

Rh D:

Fenotipo Rh :

Detección de an

ticuerpos:

**UNIDADES A TRANSFUNDIR**

Nº de Unidad	Tipo de Componente:	Grupo Factor	Liberación		Aspecto	Inspección	Color
			Fecha	Hora			

**OBSERVACIONES:**

1<sup>1</sup> reverso

# INSTRUCTIVO

## ***Solicitud de Transfusión HEMO 5***

Generalidades: La solicitud de transfusión, cumple con el objetivo de documentar, datos filiatorios del paciente, diagnóstico, signos clínicos, estudios de laboratorios, tipo de Hemocomponentes solicitados, carácter de la transfusión, antecedentes transfusionales con el propósito de evaluar la indicación transfusional.

De cumplimiento obligatorio en las Unidades de Transfusión, deben ser archivadas por 10 años y exhibidas durante la inspección para la acreditación de servicios.

Este pedido debe ser llenado en forma clara y completa con firma y sello del profesional; tanto en el verso como en el reverso del documento.

Datos filiatorios del paciente: consignar apellido y nombre del paciente, tal como fue registrado en su historia clínica (las mujeres deben ser registradas con sus nombres de solteras); completar los datos referidos a sexo, edad, historia clínica, servicio, sala, cama, ubicación en la institución.

Si el pedido de transfusión corresponde al un receptor internado transitoriamente (programa Hospital de día) se señalar en el apartado de solicitud de transfusión ambulatoria.

Si excepcionalmente, y por causas debidamente justificada, el acto transfusional debe realizarse en el domicilio del paciente o en un Servicio de Diálisis se señalar en el apartado de Solicitud Transfusional domiciliaria.

Diagnóstico: Consignar el diagnóstico que justifica la solicitud de transfusión y entre paréntesis, el diagnóstico general, patología de base o motivo de internación del paciente, en el apartado inferior, se deben notificar los resultados del laboratorio y signos clínicos solicitados en la planilla.

Hemocomponentes solicitados: Consignar en cm<sup>3</sup> el volumen de el/los Hemocomponentes solicitados y se correspondiera, el procedimiento no standard, a los que debieran ser sometidos.

Carácter de la Transfusión: Señalar con veracidad el carácter de transfusión (I, II, III, IV, y V). La práctica solicitada resiste el carácter de extrema urgencia, solo cuando el retardo en administrar la transfusión entraña riesgo para la vida del paciente.

Antecedentes Transfusionales: recabar los antecedentes transfusionales y/o de sensibilización, señalar en el cuadro según corresponda.

Consulta: En el casillero correspondiente al médico prescriptor, debe señalarse con una cruz, cuando además de la solicitud de Hemocomponentes requiera la interconsulta al médico Hemoterapeuta.

Evaluación directa pre transfusional, dato que será completado por el médico Hemoterapeuta, recordando que las evaluaciones pre transfusionales directas, comprenden las realizadas por indicación propia o por interconsulta; donde se realice examen clínico y de antecedentes con anterioridad a la indicación transfusional e indirectas a aquellas que solo se realiza evaluación de antecedentes, historia clínica o solicitud de transfusión.

Recepción de la solicitud: apartado diseñado para constatar día y hora de ingreso del pedido en el Servicio de Hemoterapia, entregar al médico prescriptor la constatación de la recepción del mismo.

Para notificación: El profesional solicitante, luego de tomar vistas de su contenido, la refrendará con firma y sello.

Opinión: El médico hemoterapeuta, luego de evaluar la indicación transfusional, tendrá que documentar su opinión en forma escrita, la que refrendará con firma y sello.

Tipificación del Receptor: Apartado diseñado para ser completado en el Servicio de Hemoterapia tiene por objeto consignar la tipificación del receptor y en el cuadro inferior la tipificación y rutina de las unidades a transfundir, al pie del cual, se consignará; nombre, apellido o código del profesional o técnico actuante.



## INSTRUCTIVO

### ***Ficha de Receptor HEMO 6***

Generalidades: La ficha de receptor, cumple con el objetivo de documentar, los datos filiatorios del receptor, diagnóstico clínico (razón de la transfusión, antecedentes transfusionales y de sensibilización), diagnóstico inmunohematológico del receptor en su anverso. En el reverso; cuadro diseñado con el propósito de documentar, la terapia transfusional del receptor a modo de historia clínica transfusional.

No reemplaza ni excluye la obligatoriedad de confeccionar el libro de pacientes, receptores o no; ya que la ficha de receptor facilita de seguimiento clínico del receptor.

1. De utilizarse un renglón para consignar los datos de cada unidad transfundida con el fin de evitar sospechas sobre agregados posteriores.
2. Todo error debe ser salvado, con la aclaración y firma de quien realiza la corrección al pie de la ficha. No debe usarse correctores.
3. Debe ser completado con letra clara, si los casilleros resultaran pequeños para la consignación de datos, deberá confeccionar códigos. Ejemplo: Técnico Actuante, se aconseja que cada componente del servicio, tenga un código con el propósito de ahorrar espacio en la consignación de este dato, en este y otros documentos.
4. Documento de confección obligatoria en las unidades de transfusión, deberá ser archivados por 10 años y exhibidas durante la inspección para la acreditación de servicios.

**1<sup>o</sup> reverso**





**Tipo de donante:** marcar con una cruz donde corresponda tomando como referencia la clasificación de donantes según el tipo que figura en el Instructivo del nuevo resumen mensual de Hemoterapia

*Signos clínicos:* consigne los datos de cada ítem

**Hb/Hto. (Hemoglobina/Hematocrito):** consigne uno o ambos

**Acc.Tec. (Accidentes Técnicos):** informe según código obrante en ficha de donación, en el apartado "No se realiza extracción", "Causa", "Código".

*Se retiró sin donar (SD)*

*Red Venosa (RV<sup>α</sup>)*

*Aguja (Ag.)*

*Tubuladura (T)*

*Bolsa (Bo)*

*Lipotimia (Lp)*

*Autoexc. (Autoexclusión):* colocar el código X si se autoexcluye. Si no se autoexcluye, colocar D.

**Sistema ABO:** consignar según corresponda grupo directo: A, B, AB, O; grupo indirecto: consignar antiA, antiB, (AB) si corresponde al grupo O.

**Sistema Rh:** positivo o negativo, fenotipo Rh. Consignar los positivos encontrados (C-c-E-e).NOVA.

**Antic.Irreg. (Anticuerpos irregulares):** son de identificación *obligatoria*, colocar una cruz donde corresponda, en Presentes en caso de haberse detectado alguno y en Ausentes si no posee anticuerpos irregulares. En Observaciones, aclarar si fue identificada su especificidad. Consigne su especificidad

**Ser.Reac.(Serología reactiva):** colocar el/los códigos que correspondan

NR	no reactivo
E	brucelosis
F	sífilis
G	chagas (HAI/EIA)
H	AgHBs
J	anticore HB
K	VHC
L	HIV 1 y 2
M	HTLV I y II
O	p24
Z	otros

Con el objeto de resguardar la confiabilidad del dato serológico, estos códigos pueden ser consignados en libro aparte.

**Donante rechazado:** colocar el código A - B - C

Código de Rechazo:	A - causa médica transitoria
	B - causa médica definitiva
	C - causa técnica

**Reposición por Receptor/Institución:** en este apartado deberá consignar el apellido y nombre del receptor, para quien el donante de reposición destina su donación, y el número ó código de la institución donde el receptor está hospitalizado, de lo que se desprende que, la institución que asista a donación deberá codificar las instituciones centralizadas. Para las donaciones realizadas fuera de códigos se colocará OI (otras instituciones).

**Destino:** aclarar el destino de cada uno de los componentes producidos.

**Ejemplos de Destino:** descarte (D), receptor (R), otras instituciones(Ot), vencidas (V), laboratorio (lab), control de calidad (Cc), etc.

**Técnicos actuantes:** todos los que han intervenido en los diferentes procedimientos deberá consignar el código personal para lo que, se deberá cumplir con el requisito previo de numerar o codificar a los agentes actuantes, se sugiere utilizar (P) para profesionales y (T) para técnicos.



## INSTRUCTIVO

### Libro II de Producción

#### Generalidades:

1. El libro de Producción, cumple con el objetivo de documentar los hemocomponentes y los estudios inmunohematológicos e inmunoserológicos que se realizan sobre la unidad de sangre entera.
2. No debe utilizarse el mismo renglón para anotar mÆs de una unidad, a fin de evitar la sospecha sobre agregados posteriores.
3. No debe contener espacios en blanco a fin de evitar la sospecha sobre agregados posteriores.
4. No debe utilizarse correctores en ella, sino que todo error debe ser salvado, con la aclaración y la firma de quiØn lo salvó; en la columna de OBSERVACIONES.
5. Al final de cada día deberÆ trazarse una línea roja sobre la cual firmarÆ el responsable del Servicio de Hemoterapia.

#### Particularidades:

**FECHA:** fecha en que se realiza el ingreso.

**Nº UNIDAD:** Corresponde al Nº correlativo anual que se le otorga a la unidad extraída de sangre total.

**PESO:** Es el peso neto de la unidad de sangre entera, expresado en gramos.

#### **HEMOCOMPONENTES PREPARADOS:**

**CE o GRD:** Glóbulos rojos desplasmatisados. Se anotarÆ el peso en gramos del hemocomponente producido.

**Plaq:** Plaquetas. Si se realiza se anotara con una x.

**PFC:** Plasma fresco congelado. Se anotarÆ el peso en gramos del hemocomponente producido.

**Crio:** Crioprecipitados. Idem anterior.

**PM:** Plasma modificado. Idem anterior.

**TØcnico Responsable:** ContendrÆ las iniciales del que realizó el procedimiento (preparación de hemocomponentes, agrupamiento, etc.)

**ABO:** grupo ABO de la unidad.

**D:** status D de la unidad, fa.

**Fase SAGH:** fase antiglobulínica.

**CEce:** fenogenotipo de la unidad, cuando corresponda.

**ABO inversa:** Se anotarÆ como cØlulas A y/o B en la columna correspondiente, anulando con un guiØn el casillero que no corresponda. No debe traducirse a grupo ABO.

**Ac. Irreg.:** Se anotarÆ el resultado de la investigación de anticuerpos irregulares.

**Serología:** Se anotarÆ uno de los tres resultados posibles: REACTIVO, NO REACTIVO e INDETERMINADO; segØen informe del Sector de Inmunoserología. Pudiendo hacerlo con las siglas: REACT., N R o INDET.

**Observaciones:** se anotarÆ en esta columna toda observación pertinente a la unidad correspondiente a ese renglón.

1º reverso



## INSTRUCTIVO

### Libro III Inmunoserología

#### Generalidades:

1. El libro de inmunoserología cumple con el doble objeto de documentar los resultados inmunoserológicos y permitir la trazabilidad de las unidades de sangre.
2. No debe contener espacios en blanco a fin de evitar la sospecha sobre resultados dudosos.
3. No debe utilizarse correctores en ella, sino que todo error debe ser salvado en OBSERVACIONES, con la aclaración y la firma de quien lo salvó.
4. Los estudios no concluidos al final del día deben anotarse como EN ESTUDIO.
5. Solo se admiten tres resultados posibles: REACTIVO, NO REACTIVO.
6. Cuando se complete la investigación de una muestra que se encontraba EN ESTUDIO, deberá anotarse nuevamente en el día que se concluya el resultado; inscribiendo: N° de Donante, fecha, resultado obtenido para el estudio que corresponda y las otras columnas deberán cruzarse con una línea horizontal.
7. Al final de cada día deberá trazarse una línea roja sobre la cual firmarán los responsables de las determinaciones estudiadas.

#### Particularidades:

**N° DE DONANTE:** Corresponde al número correlativo anual.

**FECHA:** fecha en que se realiza el estudio.

**Rh:** Factor Rh de la muestra, según informe de la planilla de Donantes.\*

**HCV, HTLV, HIV, HBV, CHAGAS, VDRL, BRUCELOSIS :** *se anotar el resultado correspondiente a cada determinación realizada.*

**OBSERVACIONES:** se anotar en esta columna toda observación pertinente a la muestra correspondiente.

1<sup>o</sup> reverso



## INSTRUCTIVO

### Libro IV Distribución

#### Generalidades:

1. El libro de Distribución, cumple con el objetivo de documentar el destino de los hemocomponentes y los hemoderivados desde un Centro Regional de Hemoterapia y permitir la trazabilidad de las unidades.
2. No debe utilizarse el mismo renglón para anotar mas de una unidad, a fin de evitar la sospecha sobre agregados posteriores.
3. No debe utilizarse correctores en ella, sino que todo error debe ser salvado, con la aclaración y la firma de quien lo salvó.
4. En los apartados pertenecientes a: HEMODERIVADOS, CAR`CTER y PREPARACIONES ESPECIALES. Se asentarÆ con una cruz en la columna que corresponda.
5. Al final de cada día deberÆ trazarse una línea roja sobre la cual firmarÆ el responsable del Centro Regional de Hemoterapia.

#### Particularidades:

**FECHA:** fecha en que se realiza el egreso.

**HORA:** Hora en que se realiza el egreso

**DESTINO:** Especificar aquí a que Institución es enviada.

**Nº UNIDAD:** Corresponde al Nº correlativo anual que se le otorga a la unidad extraída de sangre total.

#### **HEMOCOMPONENTES:**

**GRD:** Glóbulos rojos desplasmatisados. Se anotarÆ el peso en gramos del hemocomponente enviado.

**Plaq:** Plaquetas. Se anotarÆ en los centímetros cúbicos (cc.) del hemocomponente enviado.

**PFC:** Plasma fresco congelado. Se anotarÆ el peso en gramos del hemocomponente enviado.

**Crio:** Crioprecipitados. Se anotarÆ en los centímetros cúbicos (cc.) del hemocomponente enviado.

**PM:** Plasma modificado. Se anotarÆ en los centímetros cúbicos (cc.) del hemocomponente enviado.

#### **HEMODERIVADOS:**

**Albu:** Alboemina humana. (ítem 4 - Generalidades)

**G.g IM:** Gammaglobulina intramuscular. (ítem 4 - Generalidades)

**G.g EV:** Gammaglobulina endovenosa. (ítem 4 - Generalidades)

**CARACTER:** Es el tipo de carácter con que se recibe el pedido de hemocomponente o hemoderivado. Admite una de las siguientes tres opciones:

**Rep. por Stock:** Corresponde a la reposición del Stock pautado. (ítem 4 - Generalidades)

**Urg.:** Corresponde a los pedidos de urgencia, fuera del Stock pautado. (ítem 4 - Generalidades)

**Dem. No Progr.:** (Demanda no programada).

*Corresponde a los pedidos que no se encuadran en Stock pautado o en Urgencia. Ya sea por la preparación especial, o por mayor consumo del pautado, o por no estar establecido en el convenio realizado con el destinatario. (ítem 4 - Generalidades)*

**PREPARACIONES ESPECIALES:** Se refiere a la entrega de hemocomponentes que no tienen preparación estándar.

**IRRAD:** Hemocomponentes irradiados. (ítem 4 - Generalidades)

**FILTRA:** Hemocomponentes filtrados. (ítem 4 - Generalidades)

**DE AFÉRESIS:** Hemocomponentes de aféresis. (ítem 4 - Generalidades)

**OTROS:** Especificar que tipo de preparación especial, no contemplada en las anteriores, se realizó en el hemocomponente enviado.

1<sup>o</sup> reverso



## INSTRUCTIVO

### Libro V de Ingresos y Egresos de Hemocomponentes y Hemoderivados

#### Generalidades:

1. El libro de Ingreso y Egresos de Hemocomponentes y Hemoderivados, cumple con el objetivo de documentar las entradas y salidas de los hemocomponentes y hemoderivados que se producen y/o reciben en las Unidades Transfusionales, Bancos de Sangre y Centros Regionales de Hemoterapia. Permitiendo realizar la trazabilidad de las unidades.
2. No debe utilizarse el mismo renglón para anotar un ingreso y un egreso, sino que cada renglón serÆ exclusivo de un ingreso o un egreso; a fin de evitar la sospecha sobre agregados posteriores.
3. No debe utilizarse correctores en ella, sino que todo error debe ser salvado, con la aclaración y la firma de quiØn lo salvó.
4. Al final de cada día deberÆ trazarse una línea roja sobre la cual firmarÆ el responsable del Servicio de Hemoterapia.
5. Se anotarÆ en la columna de INGRESOS, las unidades recibidas de otros Servicios y las propias, aptas para transfusión; al igual que los hemoderivados.
6. Se anotarÆ en la columna de EGRESOS, las unidades y los hemoderivados transfundidas/os, las enviadas/os a otros Servicios y los descartados que hubieren sido registrados en INGRESOS. Los descartes deberÆn especificar la causa que los originan.
7. En las columnas de hemocomponentes y hemoderivados (GRD, PFC, PM, Plaq, Crio, Albu, G.g IM y G.g EV) se anotarÆ la cantidad ingresada o egresada de cada uno, expresÆndola en centímetros cœbicos. Ejemplo: PFC – 200 cc.

#### Particularidades:

**FECHA:** fecha en que se realiza el ingreso o egreso.

**INGRESOS:** las unidades y/o hemoderivados aptas/os para transfusión, propias o recibidas de otros Servicios.

**Nº UNIDAD:** Corresponde al Nº correlativo anual que se le otorga a todo hemocomponente que ingresa (propio o ajeno) al Servicio de Hemoterapia. En el caso de los hemocomponentes y hemoderivados recibidos de otros (no propios), serÆ el Nº correlativo anual que surge del Libro de Unidades Recibidas.

**ORIGEN:** Se especificarÆ si es Donante Propio o de quØ Institución o Centro Regional proviene.

**Nº DE ORIGEN:** Corresponde al Nº que tiene la unidad de hemocomponente, otorgado en el lugar de procedencia del mismo.

**GRD:** Glóbulos rojos desplasmatisados.

**Plaq:** Plaquetas.

**PFC:** Plasma fresco congelado.

**Crio:** Crioprecipitados.

**PM:** Plasma modificado.

**Albu:** Albœmina humana.

**G.g IM:** Gammaglobulina intramuscular.

**G.g EV:** Gammaglobulina endovenosa.

1<sup>o</sup> reverso



## INSTRUCTIVO

### **LIBRO VI: “Libro de pacientes, receptores o no, prueba de compatibilidad y transfusión”**

De archivo permanente para ser cumplimentado por las Unidades de Transfusión Hospitalaria.

#### Generalidades:

Este libro cumple con el objetivo de documentar en forma diaria y consecutiva los datos solicitados, deben consignar los datos de todas los pacientes receptores o no, que ingresen al servicio con solicitudes de transfusión o Interconsulta.

Presenta tres instancias de evaluación, del receptor, de la compatibilidad de Hemocomponentes transfundidos o compatibilizados para transfundir y evaluación de la transfusión propiamente dicha.

1. Debe utilizarse un renglón para consignar los datos de cada unidad compatibilizada o transfundida, con el propósito de evitar sospechas sobre agregados o arreglos posteriores.
2. Todo error debe ser salvado, con la aclaración y firma de quien realiza la corrección al pie de la hoja, NO deben usar correctores.
3. Debe ser completada con letra clara. Por la cantidad de datos a consignar se aconseja, que se disponga su confección para trabajar a libro abierto, si los casilleros resultaran pequeños para la consignación de algún dato, deberá confeccionar códigos: Ejemplo: en técnico actuante, se aconseja que cada componente del servicio, tenga asignado un código, con el propósito de ahorrar espacio en la consignación de datos, en este y otros documentos.
4. Al final de cada mes, deberá trazarse una línea roja al final de cada mes calendario, con el propósito de facilitar el relevamiento de datos estadísticos.
5. Este libro debe ser cumplimentado por las unidades de transfusión hospitalaria, deberá ser archivados en forma permanente y exhibidos durante la inspección para la acreditación de servicios.

1<sup>o</sup> reverso



## INSTRUCTIVO

### Planilla de Unidades Recibidas

#### Generalidades:

1. La planilla de Unidades Recibidas, cumple con el objetivo de documentar las entradas de los hemocomponentes y hemoderivados que se reciben en las Unidades Transfusionales, Bancos de Sangre y Centros Regionales de Hemoterapia. Otorgándoseles numeración propia correlativa anual.
2. Este número deberá llevar a continuación del mismo la sigla **UR**, para diferenciarlo del N° correlativo anual de los donantes propios.
3. No debe utilizarse el mismo renglón para anotar más de un ingreso, sino que cada renglón será exclusivo de cada ingreso; a fin de evitar la sospecha sobre agregados posteriores.
4. No debe utilizarse correctores en ella, sino que todo error debe ser salvado, con la aclaración y la firma de quien lo salvó.
5. En las columnas de hemocomponentes y hemoderivados (GRD, PFC, PM, Plaq, Crio, Albu, G.g IM y G.g EV) se anotará la cantidad ingresada de cada uno, expresándola en centímetros cúbicos. Ejemplo: PFC – 200 cc.

#### Particularidades:

**FECHA:** fecha en que se realiza el ingreso o egreso.

**INGRESOS:** las unidades y/o hemoderivados aptas/os para transfusión, propias o recibidas de otros Servicios.

**N° UNIDAD:** Corresponde al N° correlativo anual que se le otorga a todo hemocomponente que ingresa al Servicio de Hemoterapia.

**ORIGEN:** Se especificará de qué Institución o Centro Regional proviene.

**N° DE ORIGEN:** Corresponde al N° que tiene la unidad de hemocomponente, otorgado en el lugar de procedencia del mismo.

**GRD:** Glóbulos rojos desplasmatisados.

**PFC:** Plasma fresco congelado.

**PM:** Plasma modificado.

**Plaq:** Plaquetas.

**Crio:** Crioprecipitados.

**Albu:** Albúmina humana.

**G.g IM:** Gammaglobulina intramuscular.

**G.g EV:** Gammaglobulina endovenosa.

1° reverso