



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de febrero del 2023.

VISTOS: Informe N° 216-2023-DIRESA-HRM-03 emitido el 24 de febrero del 2023 por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 015-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 24 de febrero del 2023 por el Área de Racionalización, Informe N° 118-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 24 de febrero del 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 024-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 23 de febrero de 2023 por medico prestacional de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 0116-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 emitido el 10 de febrero del 2023 por Jefe de Departamento del Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N° 020-2023/PCL-DIRESA-HRM/19.1 emitido el 10 de febrero del 2023 por la Jefatura del Servicio de Patología Clínica, Informe Técnico N° 001-2023/PCL-BS-DIRESA-HRM/19.1 emitido el 08 de febrero de 2023 por la Jefatura del Área de Banco de Sangre.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ de fecha 15 de febrero de 2011 se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402, Hospital Regional de Moquegua, en el pliego 455 del Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, creada para el logro de objetivos y contribución de la mejora de calidad y cobertura del servicio público de salud, manteniendo independencia en su administración a fin de garantizar su operatividad;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud es de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, 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 Ley N° 26842, expresa 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;

Que, mediante Ley N° 26454, se declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana; cuyo Reglamento fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-95-SA y modificado por el Decreto Supremo N° 004-2018-SA;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos de Política del PRONAHEBAS";

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se establece que al director médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición de acto médico, que es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA resuelve aprobar Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), que forman parte integrante de la presente Resolución y son de aplicación a nivel nacional, entre las cuales se aprobar la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01: "Formatos y Registros"

Que, mediante Informe Técnico N° 001-2023/PCL-BS-DIRESA-HRM/19.1 emitido por la Jefatura del Área de Banco de Sangre remite el proyecto de creación y/o adaptación de los formatos denominados: Formatos y Registros con el objetivo de estandarizar los formatos y registros en el área de Banco de Sangre, los cuales son remitidos a Dirección Ejecutiva



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de febrero del 2023.

a través del Informe N° 0116-2023-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 de la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

Que, mediante el Informe N° 118-2023-DIRESA-HRM/05 emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad otorga el visto bueno al documento de creación – adaptación de los formatos y registros de banco de sangre – tipo II. HRMQ.

Que, mediante Informe N° 216-2023-DIRESA-HRM/03 emitido por la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico de conformidad con lo señalado por el Área de Racionalización a su cargo, otorga opinión técnica favorable a la propuesta de formatos a utilizarse en el Área de Banco de Sangre.

Contando con el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y con los vistos buenos de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Planeamiento Estratégico;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR los "FORMATOS Y REGISTROS DE BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA" que anexados, forma parte integrante de la presente Resolución, enumerándolos y detallándoseles a continuación:

N°	DENOMINACIÓN DE FORMATO	CODIGO HRM	PRESENTACION (papel A4)
1	Plan de capacitación y entrenamiento	XIX-D.PCyAP-1SL-1	1 Cara
2	Ficha de perfil ocupacional	XIX-D.PCyAP-1SL-02	Ambas caras
3	Inventario de equipos	XIX-D.PCyAP-1SL-3	1 cara
4	Plan de mantenimiento de equipos	XIX-D.PCyAP-1SL-4	1 cara
5	Ficha técnica de equipos	XIX-D.PCyAP-1SL-5	1 cara
6	Control de temperatura de equipos	XIX-D.PCyAP-1SL-6	1 cara
7	Ficha de calificación del proveedor	XIX-D.PCyAP-1SL-7	1 cara
8	Formato de selección de postulante a donante de sangre	XIX-D.PCyAP-1SL-8	Ambas caras
9	Consentimiento informado del postulante	XIX-D.PCyAP-1SL-9	1 cara
10	Formato de autoexclusión	XIX-D.PCyAP-1SL-10	1 cara
11	Consentimiento informado del receptor	XIX-D.PCyAP-1SL-11	1 cara
12	Formato de resultado de análisis	XIX-D.PCyAP-1SL-12	1 cara
13	Informe de seguimiento de donantes	XIX-D.PCyAP-1SL-13	1 cara
14	Informe de seguimiento de receptores	XIX-D.PCyAP-1SL-14	1 cara
15	Información al donante	XIX-D.PCyAP-1SL-15	1 cara
16	Inmunohematología: análisis a la sangre del donante	XIX-D.PCyAP-1SL-16	1 cara
17	Solicitud transfusional	XIX-D.PCyAP-1SL-17	1 cara
18	Inmunohematología: análisis a la sangre del receptor	XIX-D.PCyAP-1SL-18	1 cara
19	Tarjeta de liberación de sangre y hemocomponentes	XIX-D.PCyAP-1SL-19	1 cara
20	Necesidad urgente de sangre	XIX-D.PCyAP-1SL-20	1 cara
21	Hoja de conducción de transfusiones	XIX-D.PCyAP-1SL-21	1 cara
22	Libro de registro de donantes	XIX-D.PCyAP-1SL-	ilustración
23	Libro de registro de transfusiones	XIX-D.PCyAP-1SL-	ilustración
24	Registro de unidades almacenadas	XIX-D.PCyAP-1SL-24	1 cara
25	Solicitud de transferencia de unidades	XIX-D.PCyAP-1SL-25	1 cara
26	Constancia de transferencia de unidades	XIX-D.PCyAP-1SL-26	1 cara



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de febrero del 2023.

Nº	DENOMINACIÓN DE FORMATO	CODIGO HRM	PRESENTACION (papel A4)
27	Control maestro de formatos y registros	XIX-D.PCyAP-1SL-27	1 cara
28	Control maestro de documentos	XIX-D.PCyAP-1SL-28	1 cara
29	Reporte de reacción adversa transfusional	XIX-D.PCyAP-1SL-29	1 cara
30	Informe de no conformidades	XIX-D.PCyAP-1SL-30	1 cara
31	Ficha de evaluación interna	XIX-D.PCyAP-1SL-31	Ambas caras
32	Ficha de evaluación externa	XIX-D.PCyAP-1SL-32	Ambas caras
33	Informe de aplicación de medidas preventivas	XIX-D.PCyAP-1SL-33	1 cara
34	Informe de aplicación de medida correctivas	XIX-D.PCyAP-1SL-34	1 cara
35	Reclamo de usuarios	XIX-D.PCyAP-1SL-35	1 cara
36	Acta de eliminación de unidades	XIX-D.PCyAP-1SL-36	1 cara

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, la difusión e implementación de los formatos y registros aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



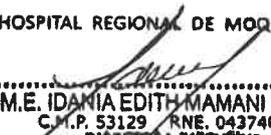
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO
C.M.P. 53129 RNE. 043740
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN
JLRV/AL
(01) DIRECCION GENERAL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U. CALIDAD
(01) DPTO. PATOLOGIA
(01) BANCO DE SANGRE
(01) ESTADISTICA
(01) ARCHIVO

FORMATOS Y REGISTROS DE BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA



<p>Elaborado por:</p> <p> Lic. Percy D. Perez Mamani C.B.P. 2015</p> <p>Encargado de Formatos y Registros</p>	<p>Revisado por:</p> <p> Gina Sheila Aguilar Cordero PATÓLOGO CLÍNICO CMP: 55273 RNE: 15110</p> <p>Jefe de Área de Banco de Sangre</p> <p> Dr. Percy Cuba Urday C.M.P. 44174 R.N.E. 24015 RESPONSABLE DEL AREA</p> <p>Jefe de Servicio de Laboratorio</p>	<p>Revisado por:</p> <p> M.C. German Ocampo Paredes CMP. 21313 - RNE. 10257 Jefe de Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica</p> <p>Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica</p>	<p>Aprobado por:</p> <p> M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO C.M.P. 53129 RNE. 043740 DIRECTORA EJECUTIVA</p> <p>Director Ejecutivo del Hospital Regional de Moquegua</p>
---	--	--	--

PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG02 - FR01

Introducción
Diagnóstico Basal de Entrenamiento
Objetivos
Líneas de Acción a Implementar
Cursos a desarrollar
N° de usuarios por línea de acción
Temario:
Responsables de Capacitación
Certificados con Creditaje
Réplicas
Cronograma
Presupuesto
Monitoreo
Resultados



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-1



FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL (1 de 2 hojas)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA) EG02 - FR02

Fecha _____

Dirección de [] Salud [] Área []

I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

Form with fields: Apellidos y Nombres, Edad, Sexo, Estado civil, Profesión, N° D.N.I., Lugar de Nacimiento, Fecha de Nacimiento, Domicilio, Distrito, Teléfono casa, Celular, E-mail

II. ANTECEDENTES

Form with fields: Educación, Experiencia, Certificados, Conocimiento de Idiomas, Publicaciones, Docencia, Otros antecedentes o conocimientos, Méritos/Deméritos



III. DESCRIPCIÓN DE TAREAS

Form with fields: Cargo, Area asignada, Responsabilidades, Necesidades de capacitación y entrenamiento

Table with 4 columns: ÓRGANO, UNIDAD ORGÁNICA, ÁREA, CÓDIGO. Row 1: DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA, SERVICIO DE LABORATORIO, BANCO DE SANGRE, XIX-D.PCyAP-15L-02

FICHA TÉCNICA DE EQUIPOS

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG03 - FR03

NOMBRE DEL EQUIPO	MARCA
	MODELO N° DE SERIE
CODIGO DEL EQUIPO	
ZONA	AMBIENTE
DESCRIPCION GENERAL	
CARACTERISTICAS EXTERNAS DEL EQUIPO	
CARACTERISTICAS DEL ENCENDIDO Y APAGADO	
INSTRUCCIONES DE USO	
CARACTERISTICAS TECNICAS DEL EQUIPO	
PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA	
SERVICIO DE MATENIMIENTO TECNICO - Responsable de Mantenimiento - Frecuencia	
Servicio por garantía Puesta en marcha	



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-5

FICHA DE CALIFICACION DEL PROVEEDOR

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG04 - FR01

Código del proveedor:

Nombre del Proveedor:

Producto que provee

EVALUACIÓN:

Calidad del producto	Bueno	Regular	No Satisfactorio
Disponibilidad	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

RESULTADO DE LA CALIFACCION

Una calificación No Satisfactorio o dos Regulares con cusas para retirar al proveedor de la Lista de Proveedores Calificados

Nombre del Evaluador Fecha...../...../.....

Firma y sello del Evaluador

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-7



FORMATO DE SELECCIÓN DE POSTULANTE A DONANTE DE SANGRE (hoja de 1 de 2)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR01

ANEXO N°1: FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE A DONADOR DE SANGRE

Fecha	<input type="text"/>	N° Postulante:	<input type="text"/>	Grupo Sanguíneo ABO y Rh	<input type="text"/>
		Código del Donante:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
DNI o N° Pasaporte o Carnet de extranjería (Vigente)	<input type="text"/>			Hb	<input type="text"/>
TIPO DE DONANTE:	Voluntario <input type="checkbox"/>	Antólogo <input type="checkbox"/>	Reposición <input type="checkbox"/>	Hto	<input type="text"/>
	SANGRE TOTAL <input type="checkbox"/>		Deposito <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
					gr/dl
					%

1. DATOS PERSONALES

Para ser completado por el postulante

APELLIDOS:
 NOMBRES:
 SEXO: M F EDAD (Años cumplidos):
 LUGAR DE NACIMIENTO: FECHA DE NACIMIENTO:
 PROCEDENCIA: ESTADO CIVIL: S C V D onv
 DOMICILIO:
 DISTRITO: PROV: DPTO:
 OCUPACIÓN: TELEF: CEL:
 E-MAIL: LUGAR DE TRABAJO:
 VIAJES: PERMANENCIA: FECHA:
 Nombre del Paciente: HORA DE ENTREVISTA:

2. EXAMEN FÍSICO:

Para ser llenado por el examinador

Peso: kgs Talla: m P.A. mmHg
 /min Inspec. Brazos (Acceso venoso)

OBSERVACIONES:

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

 Postulante: _____
 (Pre extracción)

Firma: _____

Entrevistador: _____

Firma: _____

Huella dactilar

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

¿Ha leído y entendido el material informativo que le entregamos?	SI	NO
¿Tiene más de 18 años?	SI	NO
¿Pesa más de 50 kilos?	SI	NO
¿Ha donado sangre en los últimos dos (2) meses?	SI	NO
¿Está tomando o tomó algún medicamento en los últimos días?	SI	NO
¿Cuáles?	SI	NO
¿Está actualmente en la lista de espera para una cita con el médico?	SI	NO
¿Por qué?	SI	NO
¿Se encuentra ahora bien de salud?	SI	NO
EN LAS PRÓXIMAS 24 HORAS:		
¿Va a realizar actividad laboral, deportiva u otras actividades riesgosas?	SI	NO
EN LAS ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS:		
¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad?	SI	NO

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-8



FORMATO DE SELECCIÓN DE POSTULANTE A DONANTE DE SANGRE (2 de 2 hoja)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR01

EN EL ÚLTIMO MES:

¿Recibió alguna vacuna? ¿Cuál? SI NO

¿Tuvo contacto con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa? SI NO

EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES:

¿Se colocó usted tatuajes, piercing en algún lugar del cuerpo o contacto accidental con sangre? SI NO

¿Tuvo usted intervenciones quirúrgicas? SI NO

EN ALGUNA OCASIÓN DURANTE SU VIDA:

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

SI ES USTED MUJER:

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

¿Está usted actualmente dando de lactar? SI NO

Fecha de último parto: N° de gestaciones:

1. CON ASESORÍA DEL ENTREVISTADOR:

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

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

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

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

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

¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual? SI NO

Sífilis	SI	NO	Gonorrea	SI	NO	Chancro	SI	NO	Otras	SI	NO
---------	----	----	----------	----	----	---------	----	----	-------	----	----

Postulante:

(Pre-extracción) _____

Firma:



CLASIFICACIÓN:

BANCO DE SANGRE TIPO II APTO. I HRM (marca con una "X")

NO APTO TEMPORAL: (años)

(marca con una "X")

MOTIVO: _____

NO APTO PERMANENTE: (marca con una "X")

MOTIVO: _____

Tiempo: _____ (Días) (Meses)

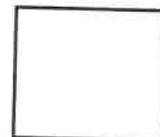
Fecha que puede retomar: _____

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

Postulante:

(Pre-extracción) _____

Firma:



Entrevistador: _____

Firma y Sello: _____

Validado por: _____

(Firma y Sello)

Observaciones: _____

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-8

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE (hoja 1 de 1)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
 EG05 - FR02

Grupo Sanguineo Factor Rh N° de Postulante
 N° de Donante
 Fecha

I.- DATOS PERSONALES

Nombre	Edad	Años	Sexo Masculino Femenino:.....
Ocupacion	Estado Civil		
Lugar dde Nacimiento	Fecha de Nacimiento		
Lugar de Procedencia	Domicilio		
Centro de Trabajo	Telefono casa	Celular	

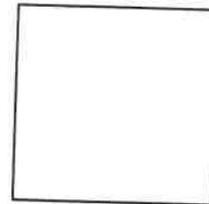
II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, voluntariamente dono mi sangre y derivados a esta institución. Concedo la 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 la oportunidad de rechazar que lo realicen. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación del virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de las transfusiones de sangre, plaquetas y plasma, por lo tanto, yo considero que mi sangre debe ser examinada para los anticuerpos de SIDA y otras enfermedades infecciosas. En mi consentimiento yo certifico que he contestado con toda veracidad las preguntas que me realizaron. Yo por medio del presente eximio de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en los que se refiere a esta donación y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.



Firma del Donante

Huella Digital



Firma y Sello del Entrevistador

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-9

FORMATO DE AUTOEXCLUSIÓN

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG05 - FR03

FORMATO DE AUTOEXCLUSION

Yo, con DNI N° hago uso de mi derecho de AUTOEXCLUSION al consentimiento informado que suscribiera anteriormente y EXPRESO MI DECISION DE NO DONAR SANGRE.

() Debido a :

() No deseo Manifestar la causa

.....
FIRMA DEL DONANTE

HUELLA DIGITAL
ÍNDICE DERECHO
DEL DONANTE

FECHA Y HORA:



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-10

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR04

Fecha

I.- DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres del Receptor			
Edad:	Años	Sexo	N° de Historia Clínica
Servicio			Cama

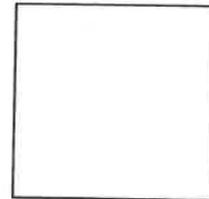
II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponente. 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 la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos ejecutores o administradores tengan o pueden tener en contra de cualquier de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.



Firma del Donante

Huella Digital



Firma y Sello del Medico Solicitante

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-11

FORMATO DE RESULTADOS DE ANALISIS

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG5 - FR05

Nombre del Postulante/Donante

Grupo Sanguíneo.....

Factor Rh.....

Hematocrito.....

Hemoglobina.....

PRUEBA RELIZADA	RESULTADOS	
	REACTIVO	NO REACTIVO
Anticuerpos Anti HIV I II		
Antígeno Australiana (Ag HBs)		
Anticuerpos Anti HCV		
Anticuerpos Anticore Total (Anti HBc)		
Anticuerpos Anti HTLV I - II		
Serología de Sífilis		
Prueba de Chagas		
OTRAS		

Se sugiere evaluación por:

Gastroenterología:

SI NO

Hepatología:

SI NO

PROCECTS:

SI NO

SI NO



.....
Nombre, Firma y Sello del Responsable

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-12

INFORME DE SEGUIMIENTO DE DONANTES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR06

Apellidos y Nombres del Receptor

Edad	años	Sexo	Masculino	Femenino	N° HC	
Domicilio					Teléfono	Celular

Prueba de Tamizaje Reactiva

Fecha de Realizada la Prueba de Tamizaje Reactiva				
Reactivo usado: Marca: Lote:				
Fecha de Transfusión	N° de Unidad	Hemocomponente	Nombre del Donante	Fecha de Donación

N° de Unidad	N° de Sello Calidad	Nombre de los Receptores			Fecha de Transfusión
Paquete Globular					
Plasma Fresco					
Songelado					
Plasma Residual					
Oprescitado					
Plaquetas Simples					
Plaquetas Aféresis					
Fracción Pediátrica					



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-13

INFORME DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG05 - FR07

Apellidos y Nombres del Receptor

Edad años	Sexo Masculino Femenino	N° HC
Domicilio		Teléfono Celular

Prueba de Tamizaje Reactiva

Fecha de Realizada la Prueba de Tamizaje Reactiva				
Reactivo usado: Marca: Lote:				
Fecha de Donación	N° de Unidad	Hemocomponente	Nombre del Receptor	Fecha de Donación



Nombre del Receptor	Antecedentes de Transfusiones previas en la Institución		Antecedentes de Trasfusiones previas en otras Instituciones	
	SI	NO	SI	NO

Nombre, Firma y Sello del Responsable

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-14

INFORMACIÓN AL DONANTE

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR08

INFORMACIÓN IMPORTANTE
ANTES DE DONAR

Muchas de las preguntas que se realizarán pueden considerarse de índole personal o íntima, pero son indispensables para establecer el mayor grado de seguridad posible. Esto se debe al PERIODO VENTANA (tiempo que transcurre entre la infección y su posible detección en sangre), ya que no podemos confiar sólo en los análisis de laboratorio.

ESTIMADO DONANTE ROGAMOS LEA ESTA INFORMACIÓN ANTES DE PROSEGUIR CON LA DONACIÓN

- Si Ud. y/o su pareja sexual se ha hecho tatuajes, acupuntura o piercing (aros), en los últimos 6 meses.
- Si Ud. y/o su pareja sexual fue o es consumidor de drogas ilegales.
- Si ha tenido relaciones sexuales con una persona nueva en los últimos 6 meses (con o sin condón).
- Si ha tenido relaciones sexuales con personas que ejercen el comercio sexual en el último año.
- Si han aceptado dinero a cambio de relaciones sexuales.
- Si tuvo relaciones sexuales con personas infectadas con el virus del VIH, Hepatitis B y C en el último año.
- Si Ud. o su pareja sexual tiene serología positiva para VIH.
- Si Ud. tiene serología positiva para Hepatitis, Chagas, Brucelosis o Sífilis.
- Si Ud. tiene o ha tenido los siguientes síntomas: diarreas crónicas, fiebre de más de 10 días de evolución, pérdida de peso, manchas en la piel, ganglios inflamados.
- Si ha aceptado dinero para donar sangre de modo que pueda inducirlo a no responder con la veracidad necesaria para proteger a nuestros pacientes.



SI UD. ESTÁ
COMPRENDIDO EN
ALGUNOS DE ESTOS
PUNTOS, POR FAVOR
NO DONE.



SI USTED SE
CONSIDERA APTO
PARA DONAR, LE
HAREMOS UN
CUESTIONARIO
CONFIDENCIAL



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-15

SOLICITUD TRANSFUSIONAL

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR10

Fecha

Nombres y Apellidos		N° de historia Clínica	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Edad <input type="text"/> años	Grupo:	Rh:
Servicio	Sala	N° de Cama	
Transfusiones previas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>
Reacciones Transfusionales Anteriores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>
Embarazos previos:	Aborto:	Incompatibilidad Materna Fetal:	
Diagnostico de Enfermedad:			
Hb <input type="text"/> g/dL	Hto: <input type="text"/> %	Plaquetas: <input type="text"/> /mm3	
Requerimiento:			
Sangre total:	Unidades	Plasma:	Unidades
Paquete Globular:	Unidades	Plaquetas:	Unidades
Plasma Fresco Congelado:	Unidades	Unidades Pediátricas:	Unidades
Creioprecipitado:	Unidades	Otros (especifique)	Unidades

Requisito:

IMMEDIATO Y URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA)

URGENTE ()

PROGRAMADA ()

Se autoriza para emitir una unidad sin prueba cruzada

Firma y sello de Médico Tratante/solicitante

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-17



Dirección Regional de Salud Moquegua



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

INMUNOHEMATOLOGIA: ANALISIS A LA SANGRE DEL RECEPTOR

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG05 - FR11

N°	FECHA	NOMBRE DEL RECEPTOR	FASE GLOBULAR			CTL	FASE SÉRICA					FENOTIPO			RASTREO AC		RESPONSABLE		
			A (ABO1)	B (ABO2)	DVI-		A1	B	C (RH2)	C (RH4)	E(RH3)	e(RH5)	K(KEL1)	ctf	PROFILE I	PROFILE II			



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-18

TARJETA DE LIBERACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR12

TARJETA DE LIBERACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

DATOS DEL RECEPTOR

APELLIDOS:
 NOMBRES:
 HISTORIA CLÍNICA:.....EDAD:
 SERVICIO:CAMA:.....
 GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR Rh:.....

DATOS DE LA UNIDAD

HEMOCOMPONENTE:

PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS
 PLASMA FRESCO CONGELADO CRIOPRECIPITADO

UNIDAD N°:..... SELLO DE CALIDAD:.....
 GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR Rh:.....
 APARIENCIA:

UNIDAD CON PRUEBAS DE TAMIZAJE NO REACTIVAS PARA:

SIFILIS, VIH I-II, HBsAg, HbCAb,HTLV I-II,VHC, CHAGAS.

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD: SI NO

FECHA DE ENTREGA:..... HORA DE ENTREGA:.....

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPATIBILIZA LA UNIDAD



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-19

NECESIDAD URGENTE DE SANGRE

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG05 - FR13

"PROVISIÓN URGENTE DE SANGRE"

PACIENTE:

UNIDAD N°: SELLO DE CALIDAD:.....

G. SANGUINEO YFACTOR Rh (UNIDAD):.....

SERVICIO.....CAMA:

FECHA:/...../.....

.....

ENTREGO

SIN PRUEBA DE COMPATIBILIDAD



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-20

HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR14

UNIDAD DE HEMOTERADIA Y BANCO DE SANGRE

HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES

Tipo de seguro: _____ N° de Historia Clínica: _____ Fecha: / /
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Servicio: _____ Cama: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Grupo Sanguíneo ABO: _____ Factor Rh: _____ Variante Diu: _____
 Diagnostico Clínico: _____

N° de Bolsa: _____ Hemocomponente: ST () PG () PFC () PQ () Crio ()

ANTECEDENTES

Drogadicción Endovenosa ()	Alerfias a medicamento: ()	Dialisis ()	Lúes
Otras Alergias ()	Linfogranuloma ()	Hepatitis ()	Asma
Contacto Sexual de riesgo ()	Consumo de Alcohol ()	Gonorrea ()	Otros

TRANSFUSIONES PREVIAS:

Fecha	Unidades	Componente	Reacción Transfusional	Lugar	Observaciones

CONDUCCION DE LA TRANSFUSION

Hora de inicio: _____ Terminó: _____

Parámetro/hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presión arterial										
Frecuencia de pulso										
Respiraciones										
Temperatura										
Pañetez/Hto										
Cianosis										
Sangrado/plaquetas										
Volumen de sangrado										

ESTADOS CLINICOS	1	2	3
Estado de conciencia (*)			
Estado Cardiovascular (**)			
Estado Pulmonar (***)			

(*) (1) Consciente (2) Somnoliento o desorientado (3) Coma
 (**) (1) Normal (2) Infarto de Miocardio agudo, Hipertensión arterial, valvopatía, angina.
 (3) Determinado en sala de operaciones
 (***) (2) Enfermedad parenquimal pulmonar, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 (2) Determinado en sala de operaciones

REACCIONES ADVERSAS:

Dolor subestimal ()	Dolor ()	Escalofríos ()	Fiebre ()	Otros
Hemoglobinemia ()	Combs ()	Hipotensión ()	Vómitos ()	
Sangrado en capa ()	Urticaria ()	Disnea ()	Tos ()	

Médico responsable _____ CMP _____ FIRMA _____

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-21

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG05 - FR18

OFCIO N°/2023.....

Dr (a):

Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre

Fecha

Por intermedio de presente solicito apoyo para el paciente.....de añosde edad, con Historia Clínica N°..... con Grupo Sanguineo..... Internado en la Sala..... Cama....., con diagnostico de, quien requiere.....unidades.....(indicar hemocomponente), para su tratamiento en nuestra institución.

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

- No mas de 5 dias de extraida las unidades
 Constancia de transferencia del Centro Medico – Hospital Institucion con los datos completos de las unidades
- Usar container hermético Tecnopor o couler
 Usarrefrigerante o hielo, deben estar cada bolsa de sangre en bolsas plásticas
 El hielo no debe tocar las bolsas de sangre, se recomienda sea separada por una tapa de tenopor o carton no usar hielo seco (para paquetes globulares)
- No usar aserrin
- Se acepta unidades con Grupo Sanguineo.....y Factor Rh



Atentamente,

Nombre y sello del Director de la Institucion

Importante: Las unidades deberán tener sello de calidad del Pronahebas

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-25

CONSTANCIA DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES (Hoja 1 de 1)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG05 - FR19

OFICIO N°

A :

DE :

ATENCION: Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre

FECHA:

Por medio del presente hacemos constar que, como parte del apoyo interinstitucional del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre, se transfieren a su institución las unidades que se señalan a continuación, las mismas que cuentan con las pruebas serológicas no reactivas que se indican.

N° DE UNIDAD	N° SELLO DE CALIDAD	GRUPO SANGUINEO	FACTOR Rh	COMPONENTE	FECHA DE EXTRACCION

Pruebas serológicas realizadas a las unidades

Anticuerpos Anticore Total (Anti-HNc)	NO REACTIVO
Antígeno de Superficie (AgHBs)	NO REACTIVO
Anticuerpo Anti HCV	NO REACTIVO
Anticuerpo Anti HIV	NO REACTIVO
Prueba de Chagas	NO REACTIVO
Anticuerpo Anti HTLV	NO REACTIVO
Serología de Sífilis	NO REACTIVO
Otras	

Atentamente,

Nombre y sello del Director de la Institucion

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-26

REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG07 - FR02

REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL
INDICACIONES GENERALES

1. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante.
2. Verificar la identidad del paciente que correlacione con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o componente. Verificar el número de la unidad de sangre o componente.
3. Completar el formato de investigación de Reacciones Transfusionales
4. El Formato DEBERA SER FIRMADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE LA REACCION TRANSFUSIONAL.
5. Comunicar al banco de Sangre la aparición de la reacción transfusional. Devolver la unidad de sangre o componente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, acompañado de la copia del formato de investigación de Reacciones Transfusionales-
6. Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar la muestra al laboratorio para su análisis, con el rotulo de "Reacción Transfusional"

Para ser llenado por enfermería. Deber ser revisado y firmado por el médico que atiende la Reacción Transfusional.

Nombre del paciente:

HC. N°

Servicio

CamaN°

N°Unidad o Componente

Componente

Glóbulos Rojos

Globulios Rojos Lavados

Plasma Fresco Congelado

Plasma Residual

Crioprecipitado

Concentrado de plaquetas

Plaquetas de aféresis

Globulos Rojos Desteucocitados

Otros

Cantidad Transfundida:

Premedicación Previa a Transfusión

Hora de Inicio de transfusión

AM/PM

Hora Suspensión de Transfusión

AM/PM

Hora de Notificación al Medico

AM/PM

Hora de Notificación al Banco de Sangre

AM/PM

Hora de Recolectión de la Orina

AM/PM

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

Fiebre (T°)

Pre

Post

Presión Arterial

Pre

Post

Frecuencia de Pulso

Post

Frecuencia Respiratoria

Post

Escalofríos

Cianosis

Cefalea

Náuseas

Dolor Torácico

Urticaria

Edema Facial

Dolor Lumbar

Hemoglobinuria

Otros

Paciente se encuentra en:

Sepsis

CID

Quimioterapia

Tratamiento ATB

Uso Metidopa

Firma y CEP de Enfermera

Firma, Sello y CMP del medico

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

El servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones:

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

Hemólisis p Test de Combs Directo Positivo en la muestra Post Transfusional del paciente

Notificación

Fecha

/

/

Hora:

AM/PM

III.- Estudio de Laboratorio Adicionales

Bilirrubina 5 - 7 hrs post transfusión

Examen de Orina:

Perfil de Coagulación:

Otros

RESUMEN

Reacción Hemolítica inmediata

Reacción Hemolítica Tardía

Reacción Hemolítica no Inmune

Sobrecarga Circulatorio

Hepatitis Post transfusional

Transfusión Asociada a Enfermedad

Contaminación Bacteriana

Alergia - Urticaria

Otros

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

Fecha ___/___/___

Hora ___:___ AM/PM

Firma, CMP y Sello _____

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-29

INFORME DE NO CONFORMIDADES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG07 - FR03

N° de Informe de No Conformidad

--	--	--	--	--	--

Fecha

--	--	--	--	--	--

Area responsable de la No conformidad:

--

PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME:

CAUSA DE LA NO CONFORMIDAD :

--

ACCION INMEDIATA :

--

SUGERENCIAS:

Nombre, Firma y Sello del Responsable

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-30



✍

FICHA DE EVALUACION INTERNA
 (Hoja1 de 2)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG08 - FR01

 N° de Evaluacion Interna:

Nombre de la Direccion de Salud.....

Nombre de la Institucion

Nombre del Responsable del Centro de Hemoterapia

Equipo Evaluador	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	Hora de Inicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
.....	Hora de Termimno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

NO CONFORMIDADES
EG01. ORGANIZACIÓN

.....

.....

.....

EG02. RECURSOS

.....

.....

EG03. EQUIPAMIENTO

.....

.....

.....

EG04. ASUNTOS RELCIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO

.....

.....

.....

EG05. CONTROL DEL PROCESO

.....

.....

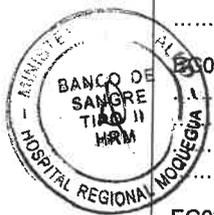
.....

EG06. DOCUMENTOS Y REGISTROS

.....

.....

.....



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-31

FICHA DE EVALUACION EXTERNA
(Hoja 1 de 2)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG08 - FR02

N° de Evaluacion Interna:

Nombre de la Direccion de Salud.....

Nombre de la Institucion

Nombre del Responsable del Centro de Hemoterapia

Equipo Evaluador Fecha

..... Hora de Inicio

..... Hora de Termimno

NO CONFORMIDADES

EG01. ORGANIZACIÓN

.....

.....

.....

.....

EG02. RECURSOS

.....

.....

.....

EG03. EQUIPAMIENTO

.....

.....

.....

EG04. ASUNTOS RELCIONADOS CON EL PROVEEDOR Y EL USUARIO

.....

.....

.....

EG05. CONTROL DEL PROCESO

.....

.....

.....

EG06. DOCUMENTOS Y REGISTROS

.....

.....

.....



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-32

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVAS
(Hoja 1 de 1)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG09 - FR01

N° de Informe

--	--	--	--	--	--

ORIGEN	Reclamo de Cliente	Auditoria	N° Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
Area 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						
Aprobado por Plazo de Implementación						
Firma y Sello						
Responsable de la Verificación				Fecha de Verificación		
INFORME DE APLICACION DE MEDIDA PREVENTIVA						
<input type="checkbox"/> EFICAZ <input type="checkbox"/> NO EFICAZ						
Nombre, Firma y Sello del Responsable						



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-33

A

INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVAS
 (Hoja 1 de 1)

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA) EG09 - FR02
--

N° de Informe

ORIGEN	Reclamo de Cliente	Auditoria	N° Conformidad	Revision de la Direccion	Analisis de Datos	Otros
Area Responsable				Fecha de ocurrencia		
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL						
Investigador				Fecha de Informe		
ANALISIS DE LAS CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL						
MEDIDA CORRECTIVA						
Aprobado por Plazo de Implementacon						
Firma y Sello						
Responsable de la Verificacion				Fecha de Verificacion		
INFORME DE APLICACION DE MEDIDA CORRECTIVA <input type="checkbox"/> EFICAZ <input type="checkbox"/> NO EFICAZ Nombre, Firma y Sello del Responsable						



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-34

RECLAMO DE USUARIOS

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)

EG09 - FR03

Fecha de Recepción del Reclamo:...../...../.....

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

Nombre del

Usuario.....

Dirección

.....

Teléfono Teléfono trabajo..... Celular:

E -

Mail.....

.....

MOTIVO DE RECLAMO

Receptor del Reclamo

Area del Receptor

Reclamo o Directo Reclamo por Teléfono..... Reclamo por Carta.....

Reclamo por E - mail..... Otros.....

Nombre y Firma del Receptor del Reclamo

Nombre y Firma de la persona que realiza el Reclamo

PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE ATENDER EL RECLAMO

Fecha de Recepción...../...../..... Hora:..... am pm

Fecha de Solución/...../..... Hora:..... am pm

SOLUCIN INMEDIATA

Nombre y Firma del responsable de Atender el Reclamo

ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-35

ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES

CODIFICACIÓN (R.M. N° 614-2004/MINSA)
EG10 - FR01

El día.....de.....del....., siendo las.....horas, en presencia de

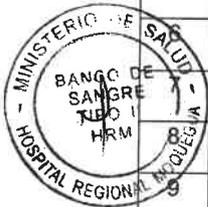
Dr (a).....
RESPONSABLE DE BANCO DE SANGRE

PROFESIONAL.....

TEC. LAB.....

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

N°	N° DE UNIDAD	SELLO DE CALIDAD	GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR Rh	HEMOCOMPONENTE ELIMINADO	CAUSA DE ELIMINACIÓN
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



ÓRGANO	UNIDAD ORGÁNICA	ÁREA	CÓDIGO
DPTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	SERVICIO DE LABORATORIO	BANCO DE SANGRE	XIX-D.PCyAP-1SL-36