



## RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán, 22 FEB 2024

### VISTO:

El Expediente N° 003046-2024 que contiene la Nota Informativa N° 0037-2024-SAD-HH y la Nota Informativa N° 0036-2024-SAD-HH, emitidos por la Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico, el Informe N° 021-2024-ETGC-D-HH, emitido por la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad ; y,

### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante la Ley N°26454, se declara de Orden Público e Interés Nacional la Obtención, Donación, Conservación, Procesamiento, Trasfusión y Suministro de Sangre Humana, sus componentes y derivados; creando el Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre – PRONAHEBAS, que tiene como propósito normar, coordinar, supervisar y evaluar el funcionamiento de la Red de Centro de Hemoterapia y Bancos de Sangre, con el fin de proporcionar sangre segura, sus componentes y derivados, en calidad y cantidad necesaria;

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), en la que se encuentra la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01- Formatos y Registros;

Que, mediante Decreto Supremo N° 017-2022-SA de fecha 09 de setiembre del 2022, se aprueba la modificación del reglamento de la Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana aprobado mediante Decreto Supremo N°03-95-SA y modificado con Decreto Supremo N°004-2018-SA;

Que, mediante la Nota Informativa N° 036-2024-SAD-HH, de fecha 21 de febrero del 2024, la Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico formula los "Formatos y Registros del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I" cuyo Objetivo General es : Establecer los formatos estandarizados para el adecuado registro de la información y utilizarla en el momento oportuno, asimismo como Objetivos Específicos: Garantizar la disponibilidad y facilidad de la información cuando se necesite verificar los registros; Facilitar un sistema adecuado de información para la correcta toma de decisiones; Mejorar la eficiencia del sistema de gestión de calidad en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I;



Que, mediante el Informe N° 021-2024-ETGC-D/HH, emitido por la Coordinadora de Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad donde en el numeral 3.4 del rubro análisis señala "(...) en tal sentido el documento "Formatos y Registros de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I" propuesto por el Servicio de Apoyo al Diagnóstico del Hospital de Huaycán se alinea con los objetivos y elementos de calidad establecidos del Sistema de Gestión de la Calidad promovido por PRONAHEBAS, por lo que corresponde su aprobación mediante acto resolutivo así como su implementación y cumplimiento";

Que, mediante la Nota Informativa N° 0037-2024-SAD-HH, emitido por la Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico donde solicita la aprobación de los Formatos y Registros del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital de Huaycán, mediante acto resolutivo;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Huaycán aprobado por Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentran, la de expedir actos resolutiveos en asuntos que sean de su competencia;

Contando con la visación del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, la Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y del Equipo de Trabajo de Asesoría legal;

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Huaycán, Resolución Ministerial N° 962-2023/MINSA.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.** - APROBAR, los "FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN", el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** - DISPONER que la Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión.

**ARTÍCULO TERCERO.** - DISPONER que el Equipo de Trabajo de Comunicaciones e Imagen Institucional se encargue de publicar la presente resolución directoral en el Portal Institucional del Hospital de Huaycán.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

 **MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL DE HUAYCÁN**  
  
**MC. CARLOS ANTONIO SARMIENTO AMAO**  
CMP N° 32553  
DIRECTOR

- CASA/way  
( ) Dirección  
( ) E.T. Asesoría Legal  
( ) Servicio de Apoyo al Diagnóstico  
( ) E. T de Gestión de la Calidad.  
( ) Unidad de Planeamiento Estratégico  
( ) E.T. Comunicaciones  
( ) Archivo



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

# HOSPITAL DE HUAYCÁN



## FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

RUBRO	A CARGO DE	FIRMA	FECHA
ELABORACION	Dra. Gladys Guardia Domínguez Jefa del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCAN DRA. GLADYS GUARDIA DOMÍNGUEZ C.M.P. 35532 JEFE DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	12-02-2024
	Dra. Gladys Guardia Domínguez Coordinadora de E.T. Banco de Sangre	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCAN DRA. GLADYS GUARDIA DOMÍNGUEZ C.M.P. 35532 Coordinadora de E.T. Banco de Sangre	12-02-2024
REVISION	Lic. Enf. Irma Condor Campos Coordinadora del E.T. Gestión de la Calidad	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCAN Lic. Enf. Irma Condor Campos C.P.E. 23831 Coordinadora del E.T. de Gestión de la Calidad	22-02-2024
APROBADO	Dr. Carlos Antonio Sarmiento Amao Director del Hospital de Huaycán	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCAN MC.CARLOS ANTONIO SARMIENTO AMAO CMP N° 32553 DIRECTOR	22 FEB 2024





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Código

Versión

Página

001

2 de 40

FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN..... 4
- II. FINALIDAD..... 4
- III. OBJETIVOS ..... 4
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN ..... 5
- V. BASE LEGAL ..... 5
- VI. CONTENIDO..... 6
  - HH - BS - FR01: PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO ..... 8
  - HH - BS - FR02: ASISTENCIA A CAPACITACION..... 9
  - HH - BS - FR03: FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL ..... 10
  - HH - BS - FR03: FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL II ..... 12
  - HH - BS - FR04: INVENTARIO DE EQUIPOS ..... 13
  - HH - BS - FR05: PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS ..... 14
  - HH - BS - FR06: FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO ..... 15
  - HH - BS - FR07: REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS ..... 16
  - HH - BS - FR08: FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR ..... 17
  - HH - BS - FR09: SOLICITUD TRANSFUSIONAL..... 17
  - HH - BS - FR10: FORMATO DE TRABAJO DE COMPATIBILIDAD ..... 19
  - HH - BS - FR11: SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES ..... 20
  - HH - BS - FR12: LIBRO DE TRANSFUSIONES ..... 21
  - HH - BS - FR13: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR..... 22
  - HH - BS - FR14: HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES ..... 23
  - HH - BS - FR15: CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS ..... 24
  - HH - BS - FR16: INFORME DE NO CONFORMIDAD ..... 25
  - HH - BS - FR17: REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL ..... 26
  - HH - BS - FR18: FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA ..... 27
  - HH - BS - FR19: FICHA DE EVALUACIÓN EXTERNA ..... 29
  - HH - BS - FR20: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA ..... 31
  - HH - BS - FR21: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA..... 32
  - HH - BS - FR22: RECLAMOS DE LOS USUARIOS..... 33
  - HH - BS - FR23: ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES ..... 34
  - HH - BS - FR24: REGISTRO DE TRANSFUSIONES..... 35
  - HH - BS - FR25: CONTROL DE UNIDADES - MUESTRAS PRE- Y POST-TRANSFUSIONALES ..... 36





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I



HH - BS – FR26: DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES..... 37

HH - BS – FR27: CONTROL DE TEMPERATURA ..... 38

HH - BS – FR28: CONTROL DE CALIDAD DE LOS ANTISUEROS ANTI – A, ANTI – B, ANTI - D Y ANTI - A1 (LECTINA) ..... 39

VII. RESPONSABILIDADES: ..... 40

VIII. BIBLIOGRAFIA..... 40



 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Hospital de Huaycán	<b>Código</b>	
	<b>Versión</b>	001
	<b>Página</b>	4 de 40
<b>FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I</b>		

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, en el marco de su función reguladora ha formulado, a través de la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre (DIGDOT) – Dirección de Banco de Sangre y Hemoterapia, la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01, Sistema de gestión de la Calidad del PRONAHEBAS: Formato y Registros.

El manual de formatos y registro del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital de Huaycán, permite mejorar la calidad al soportar la recopilación de datos e información de los procesos y procedimientos de manera ordenada utilizando formatos únicos. Además, se busca proteger los intereses legales de los usuarios, el personal de la salud y las Instituciones.

El presente documento se correlaciona con los procedimientos para la disposición de los registros, con respecto a la actividad diaria del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I así como para el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado, en correspondencia con el conjunto de servicios que se ofrecen.



## II. FINALIDAD

Contribuir a la correcta gestión de la información para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, conservación y disposición de los registros establecidos en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Servicio de Apoyo al Diagnóstico del Hospital de Huaycán.



## III. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo general:

Establecer los formatos estandarizados para el adecuado registro de la información y utilizarla en el momento oportuno.

### 3.2 Objetivos específicos:

- Garantizar la disponibilidad y facilidad de la información cuando se necesite verificar los registros.
- Facilitar un sistema adecuado de información para la correcta toma de decisiones.
- Mejorar la eficiencia del sistema de gestión de calidad en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I.





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

**IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente documento está dirigido a todo el personal de salud que labora en el Equipo de Trabajo del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I, del Servicio de Apoyo al Diagnóstico del Hospital de Huaycán, su conocimiento y aplicación es de carácter obligatorio.

**V. BASE LEGAL**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 26454, Ley que declara de Orden Público e Interés Nacional la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana y su reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 03-95-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26454, que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana, modificado por el Decreto Supremo N°004-2018-SA.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 017-2022-SA, que aprueba la modificatoria del Reglamento de la ley N° 26454, Ley que declara de orden Público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana.
- Resolución Ministerial N° 283-99-SA-DM, que establece las Normas de Procedimientos para el Control, Vigilancia Sanitaria, Medidas de Seguridad y Sanciones en relación con la Obtención, Donación, Conservación, Transfusión y Suministro de Sangre Humana.
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, que aprobó las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), en la que se encuentra la Norma Técnica N° 016-MINSA/DGSP-V.01- Formatos y Registros.
- Resolución Ministerial N° 628-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Lineamientos de Política del PRONAHEBAS".
- Resolución Ministerial N° 1191-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 011- MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Sanitaria: Requisitos Mínimos para la Obtención de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre".
- Resolución Ministerial N° 587-2013/MINSA, que formaliza la creación de la Unidad Ejecutora 140: Hospital de Huaycán.
- Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Huaycán.
- Resolución Directoral N° 035-2024-D-HH-MINSA que aprueba el Manual de Calidad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital de Huaycán.





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

VI. CONTENIDO

5.1 DEFINICIONES:

- **Archivo:** Conjunto ordenado de documentos que una persona, una sociedad, una institución, etc., producen en el ejercicio de sus funciones o actividades.
- **Almacenamiento del registro:** Definición del lugar en el cual se archiva temporal o definitivamente un registro.
- **Elemento de Gestión (EG):** término usado en calidad para definir un documento que contiene lineamiento de política, finalidad, ámbito, responsabilidad, información y documentación complementaria.

Los Elementos de Gestión de la Calidad establecidos por el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS) son:

- EG01. Organización.
- EG02. Recursos.
- EG03. Equipamiento.
- EG04. Asuntos relacionados con el proveedor y el usuario.
- EG05. Control del Proceso.
- EG06. Documentos y Registros.
- EG07. Incidentes, Errores, Accidentes, No Conformidades y Complicaciones.
- EG08. Evaluaciones internas y externas.
- EG09. Mejoramiento del proceso a través de medidas preventivas y correctivas.
- EG10. Centro de Trabajo y Seguridad.

- **Formato (F):** documento que indica la información que debe registrarse para mantener evidencia de la realización de un proceso, actividad o tarea. Cuando el formato contiene datos y/o información se convierte en registro.
- **Información:** Consiste en datos procesados y ordenados con un propósito específico.
- **Registro (R):** información recopilada que produce el laboratorio en el proceso de realización y notificación de una prueba analítica.

5.2 FORMATOS Y REGISTROS (FR)

Nos permiten recoger datos e información resultantes de los procesos y procedimientos en forma ordenada mediante el empleo de formatos únicos, es por ello que los Formatos y registros (FR) que se utilizara en el Hospital de Huaycán, son los siguientes:

- HH - CHBS - FR01: Plan de Capacitación y Entrenamiento
- HH - CHBS - FR02: Asistencia a Capacitación
- HH - CHBS - FR03: Ficha de Perfil Ocupacional
- HH - CHBS - FR04: Inventario de Equipos
- HH - CHBS - FR05: Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos
- HH - CHBS - FR06: Ficha Técnica del Equipo
- HH - CHBS - FR07: Registro de Unidades Almacenadas
- HH - CHBS - FR08: Ficha de Calificación del Proveedor
- HH - CHBS - FR09: Solicitud Transfusional
- HH - CHBS - FR10: Formato de Trabajo de Compatibilidad





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

- HH - CHBS - FR11: Solicitud de Transferencia de Unidades
- HH - CHBS - FR12: Libro de Transfusiones
- HH - CHBS - FR13: Consentimiento Informado del Receptor
- HH - CHBS - FR14: Hoja de Conducción de Transfusiones
- HH - CHBS - FR15: Control Maestro de Documentos
- HH - CHBS - FR16: Informe de No Conformidad
- HH - CHBS - FR17: Reporte de Reacción Adversa Transfusional
- HH - CHBS - FR18: Ficha de Evaluación Interna
- HH - CHBS - FR19: Ficha de Evaluación Externa
- HH - CHBS - FR20: Informe de Aplicación de Medida Preventiva
- HH - CHBS - FR21: Informe de Aplicación de Medida Correctiva
- HH - CHBS - FR22: Reclamos de los Usuarios
- HH - CHBS - FR23: Acta de Eliminación de Unidades
- HH - CHBS - FR24: Registro de Transfusiones
- HH - CHBS - FR25: Control de Unidades - Muestras Pre- y Post-Transfusionales
- HH - CHBS - FR26: Devolución de Hemocomponentes
- HH - CHBS - FR27: Control de Temperatura
- HH - CHBS - FR28: Control de Calidad de los Antisueros ANTI - A, ANTI - B, ANTI - D Y ANTI - A1 (LECTINA)





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR01: PLAN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

El Plan de Capacitación del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre debe contener lo siguiente:

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







FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR03: FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL

FECHA

Nº DE FICHA:

CÓDIGO DEL TRABAJADOR:

INSTITUCIÓN: HOSPITAL DE HUAYCÁN

ÁREA: EQUIPO DE TRABAJO DE CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR:

Apellidos y Nombres:		
Edad:	Sexo:	Estado Civil:
Profesión:		D. N. I. N°:
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:
Domicilio:		Distrito:
Teléfono casa:	Celular:	E – mail:

II ANTECEDENTES:

Educación:
Experiencia:
Certificados
Conocimiento de Idiomas:
Publicaciones:
Docencia:

Otros antecedentes o conocimientos:





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Código

Versión

Página

001

11 de 40

FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

Cargo:

Área asignada:

Responsabilidades:

Necesidades de capacitación y entrenamiento:

Méritos / Deméritos:

IV. DESCRIPCIÓN DE TAREAS:









FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR05: PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS

NOMBRE DEL EQUIPO:	MODELO:	MARCA:
Nº DE SERIE:	TIEMPO DE GARANTÍA:	
CÓDIGO:	AÑO DE FABRICACIÓN:	FECHA DE INICIO DE FUNCIONAMIENTO:
DESCRIPCIÓN TÉCNICA:		
NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL EQUIPO:		

MANTENIMIENTO DEL EQUIPO

MANTENIMIENTO PREVENTIVO

PARTE MANTENIDA	CRONOGRAMA												RESPONSABLE	CONFORMIDAD	
	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D			

OBSERVACIONES:

---



---



---



---



---



---



---



---

Nombre, Firma y Sello del Responsable





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Código

Versión

Página

001

15 de 40

FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR06: FICHA TÉCNICA DEL EQUIPO

FICHA TÉCNICA DE EQUIPO

<b>NOMBRE DEL EQUIPO:</b>		<b>CÓDIGO:</b>
<b>MARCA:</b>	<b>MODELO:</b>	<b>SERIE:</b>
<b>USUARIOS:</b>		
<b>PERIODO DE GARANTIA:</b> meses		
<b>AÑO DE FABRICACIÓN:</b>	<b>INICIO DE FUNCIONAMIENTO:</b>	
<b>PROVEEDOR REPRESENTANTE:</b>		
<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>		
<b>INSTRUCCIONES DE USO</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO</b>		
<b>PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA</b>		
<b>SERVICIO Y MANTENIMIENTO TECNICO</b>		







FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR08: FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Código del proveedor: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nombre del Proveedor: [ ]

Producto que provee: [ ]

EVALUACIÓN

Calidad del producto: [ Bueno ] [ Regular ] [ No satisfactorio ]

Disponibilidad del producto: [ Bueno ] [ Regular ] [ No satisfactorio ]

Calidad de envío: [ Bueno ] [ Regular ] [ No satisfactorio ]

Soporte Técnico: [ Bueno ] [ Regular ] [ No satisfactorio ]

CALIFICACIÓN:

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

RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN:

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

Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y Sello del Evaluador: \_\_\_\_\_



**HH - CHBS – FR09: SOLICITUD TRANSFUSIONAL**



**SOLICITUD TRANSFUSIONAL**

Nombres Apellidos del paciente: .....

Grupo sanguíneo : ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O ; Factor Rh : ( ) Positivo ( ) Negativo

Sala: ..... Cama: ..... Historia Clínica N° .....

Componente solicitado:

Paquete Globular ( ) Plasma Fresco Congelado ( ) Plaquetas ( )

Otro ( ) especificar: .....

Cantidad (señalar número) : .....

Transfusiones previas : Si ( ) No ( ) Desconoce ( )

Reacciones Transfusionales anteriores: Si ( ) No ( ) Desconoce ( )

Diagnóstico de enfermedad : .....

Motivo de la transfusión solicitada : .....

Valores de exámenes de laboratorio del paciente :

Hemoglobina: ..... gr/dl Hematocrito: ..... %

Plaquetas: ..... x mm cúbico Proteínas totales: ..... gr/dl

Requerimiento: ( ) Muy Urgente / sin prueba cruzada ( ) Urgente ( ) Programada

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

Médico: ..... Hora: .....

.....  
Firma y sello del Médico solicitante

Autorización del (familiar del) paciente:

Nombre y Apellidos (completo): .....

.....  
Firma y post-firma  
(se requiere verificación)





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR11: SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES

Huaycán, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

OFICIO N° \_\_\_\_-20\_\_-DE\_HH

M.C.

Nombres y Apellidos (Completos En Negrita Y Mayúsculas).

Director:

Hospital XXXXXX

Presente. -

Atención: Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre AAAAAAAA  
Dirección (en casos de notificación o envío Courier).

Referencia y/o Asunto:

Tengo el agrado de dirigirme a su despacho a fin de saludarlo cordialmente, al mismo tiempo manifestarle que como parte de la Red de Bancos de Sangre de Lima Este, es que solicitamos a través de su Dirigida se sirva indicar a quien corresponda la dotación de NNNNNN (NN) Paquetes Globulares, para la atención de los pacientes en nuestro nosocomio.

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

- No más de 5 días de extraídas las unidades.
- Constancia de Transferencia del Hospital o Institución con los datos completos de las unidades.
- Usar container hermético (Tecnopor o couler).
- Usar refrigerante o hielo, deben estar cada bolsa de sangre en bolsas plásticas.
- El hielo no debe tocar las bolsas de sangre, se recomienda sea separado por una tapa de tecnopor o cartón, no usar hielo seco (para paquetes globulares).
- No usar aserrín.

Aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente

Nombre, Firma y Sello del Director Médico

**Importante:** Las unidades deberán tener el Sello de Calidad del PRONAHEBAS



**HH - CHBS - FR13: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR**

Fecha: \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES:**

Apellidos y Nombres del Receptor:		DNI:	
Edad:	Años:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N° H. C.:
Servicio:		N° de Cama:	

**II. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento y 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 me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, HTLV I/II, Hepatitis B, Hepatitis C, Enfermedad de Chagas y Sífilis a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma, conforme a las Normas Legales.

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 puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma del Receptor/ Familiar/ Apoderado: \_\_\_\_\_



Huella

Nombre del Receptor/ Familiar/ Apoderado: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR14: HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES

	<b>SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I</b>
	<b>HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES</b>

APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 Nº HC: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUINEO: Rh POSITIVO  TRANSFUSIONES PREVIAS: SI  NO  NO SABE   
 Rh NEGATIVO  REACCIONES TRANSFUSIONALES ANTERIORES: SI  NO  NO SABE

**UNIDAD O HEMOCOMPONENTE**

PAQUETE GLOBULAR:  CRIDPRECIPITADO:  PLASMA FRESCO CONGELADO:  PLAQUETAS:

LOTE: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh \_\_\_\_\_ FECHA DE VENC. \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE INICIO DE LA TRANSFUSIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA TRANSFUSIÓN: \_\_\_\_\_

HORA																	
FC (Latidos/min)																	
PA (mmHg)																	
Respiraciones/min																	
Temperatura (°C)																	
Conciencia (*)	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	
Cardiovascular (*)	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	
Pulmonar (*)	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	

(\*) N=Normal, A=Anormal (especificar en observaciones)

**REACCIONES ADVERSAS**

Fiebre  Somnolencia  Desasosiego  Petequias   
 Mareos  Hipotensión  Dolor en el lugar de la perfusión  Dolor torácico   
 Náuseas  Desorientación  Edema   
 Vómitos   
 Urticaria  Disnea  Escalofríos   
 Orina oscura  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

NOTA: luego de su despacho no debe pasar más de 30 minutos para iniciar la transfusión, la transfusión no debe durar más de 4 horas, si sospecha de reacción transfusional, discontinue inmediatamente la transfusión y coloque una vía endovenosa. Nunca intente volver a transfundir la misma unidad, la unidad debe ser devuelta al banco de sangre para su respectiva investigación.

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA Y/O OBSTETRIZ

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS – FR15: CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS

N°	CODIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	ACCESO	VERSIÓN	ORIGINAL	UBICACIÓN
N°	CODIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	ACCESO	VERSIÓN	ORIGINAL	UBICACIÓN
N°	CODIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMAS	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	ACCESO	VERSIÓN	ORIGINAL	UBICACIÓN
N°	CODIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO: INFORMES	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	ACCESO	VERSIÓN	ORIGINAL	UBICACIÓN



Nombre, Firma y Sello del Responsable





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR17: REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

INDICACIONES GENERALES

- 1. Suspender la transfusión. Notifique de inmediato al médico tratante.
2. Verificar la identidad del paciente, correlacionar con la hoja de conducción y datos de la unidad de sangre o componente.
3. Completar el formato de investigación de Reacciones Transfusionales.
4. El formato DEBERA SER FIRMADO POR EL MÉDICO QUE ATIENDE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL.
5. Comunicar al Banco de Sangre la aparición de la reacción transfusional.
6. Colectar la primera orina que emita el paciente.

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

Nombre del paciente:
HC. N°: Servicio: Cama N°:
I. N° Unidad o Componente:

Componente:

- Glóbulos Rojos, Glóbulos Rojos Lavados, Plasma Fresco Congelado, Plasma Residual, Crioprecipitado, Concentrado de Plaquetas, Plaquetas de Aféresis, Glóbulos Rojos Desleucocitados, Otros

Cantidad Transfundida:
Pre medicación Previa a Transfusión:

Hora de Inicio de Transfusión: AM/PM
Hora de Suspensión de Transfusión: AM/PM
Hora de Notificación al Médico: AM/PM
Hora de Notificación al Banco de Sangre: AM/PM
Hora de Recolección de la Orina: AM/PM

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

Temperatura (T°) Pre: Post: Presión Arterial Pre: Post:
Frecuencia de Pulso Pre: Post: Frecuencia Respiratoria Pre: Post:
Escalofríos, Prurito, Cianosis, Edema Facial, Cefalea, Dolor Lumbar, Náuseas, Dolor Torácico, Hemoglobinuria, Otros

Paciente se encuentra en:
Sepsis, CID, Quimioterapia, Tratamiento ATB, Uso Metildopa

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

Para ser llenado por el Médico 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 o Test de Coombs Directo Positivo en la muestra Post Transfusional del paciente.

Notificación: Fecha: Hora: AM/PM

III. Estudios de Laboratorio Adicionales

Bilirrubina 5 - 7 hrs post Transfusión: Examen de Orina:
Perfil de Coagulación: Otros:
RESUMEN
Reacción Hemolítica Inmediata, Reacción Hemolítica Tardía, Reacción Hemolítica no Inmune, Fiebre
Sobrecarga Circulatoria, Hepatitis Post Transfusional, Transfusión Asociada a Enfermedad Transmisible, Anafilaxis
Contaminación Bacteriana, Alergia - Urticaria, Otros

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

Fecha: Hora: Firma, CMP y Sello

Original: Historia Clínica

Copia: Medicina Transfusional





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

EG08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.

EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVÉS DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.

EG10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD.

Número de No Conformidades u Observaciones:

Comentarios

Blank area for comments with horizontal lines.

Sugerencias

Blank area for suggestions with horizontal lines.

Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Evaluado







FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

EG08. EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.

EG09. MEJORAMIENTO DEL PROCESO A TRAVÉS DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.

EG10. CENTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD.

Número de No Conformidades u Observaciones:

Comentarios

Blank lines for comments

Sugerencias

Blank lines for suggestions



Firma y Sello del Evaluador

Firma y Sello del Evaluado



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR20: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA

N° de Informe:

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

ORIGEN:

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

Área Responsable:	Fecha de ocurrencia: __/__/__
-------------------	-------------------------------

Descripción de la No Conformidad Potencial:

  
  
  

Investigador	Fecha de informe: __/__/__
--------------	----------------------------

Análisis de las causas de la No Conformidad Potencial:

  
  
  

Medida Preventiva

  
  
  

Aprobada por: \_\_\_\_\_ Plazo de Implementación: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

Responsable de la Verificación:	Fecha de verificación: __/__/__
---------------------------------	---------------------------------

Informe de Aplicación de Medida Preventiva:

EFICAZ  NO EFICAZ

Nombre, Firma y Sello del Responsable: \_\_\_\_\_





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR21: INFORME DE APLICACIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA

Nº de Informe: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

<b>ORIGEN:</b>	Reclamo de Cliente	Auditoria	No Conformidad	Revisión de la Dirección	Análisis de Datos	Otros
----------------	--------------------	-----------	----------------	--------------------------	-------------------	-------

<b>Área Responsable:</b>	Fecha de ocurrencia: __/__/__
Descripción de la No Conformidad Real:	
<b>Investigador</b>	Fecha de informe: __/__/__
Análisis de las Causas	
Medida Correctiva	
Aprobada por: _____	Plazo de Implementación: _____
Firma y Sello: _____	

<b>Responsable de la Verificación:</b>	Fecha de verificación: __/__/__
Informe de Aplicación de Medida Correctiva:	
EFICAZ <input type="checkbox"/>	NO EFICAZ <input type="checkbox"/>
Nombre, Firma y Sello del Responsable: _____	





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR22: RECLAMOS DE LOS USUARIOS

Fecha de Recepción del Reclamo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora de Recepción del Reclamo: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ AM. PM.

Nombre del Usuario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E - Mail: \_\_\_\_\_

Motivo del Reclamo:

Receptor del Reclamo:

Área del Receptor:

Reclamo Directo:  Reclamo por Teléfono:  Reclamo por Carta:

Reclamo Por Email:  Otros:

Nombre y Firma del Receptor del Reclamo:

Nombre y Firma de la persona que realiza el Reclamo:

PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE ATENDER EL RECLAMO:

Fecha de Recepción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ a.m. p.m.

Fecha de Solución: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ a.m. p.m.

SOLUCIÓN INMEDIATA:

Nombre y Firma del responsable de Atender el Reclamo:





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR23: ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES



ACTA DE ELIMINACION DE BOLSAS DE HEMOCOMPONENTE POST TRANSFUNDIDAS

Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre

HH - FR23

VERSIÓN 01

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas, en presencia de \_\_\_\_\_

se hace efectiva la eliminación de las bolsas vacías de los hemocomponentes, en cumplimiento con las Normas de Seguridad y siguiendo el procedimiento de nuestro manual de bioseguridad, se procede a la eliminación de las unidades y/o componentes sanguíneos, los cuales reúnen las siguientes características:

N°	Hemocomponente Eliminado	N° de Unidad	Sello Calidad	Grupo Sanguíneo	Factor Rh	Motivo de Eliminación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
10						
11						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



Firma y Sello de jefa del Servicio de Apoyo al Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Responsable del Área: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Representante de Epidemiología y Salud Ambiental: \_\_\_\_\_







FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS – FR26: DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES RECEPTOR:

N° Lote: \_\_\_\_\_ Sello de calidad: \_\_\_\_\_

Llenado por la enfermera y revisado por el medico

HEMOCOMPONENTE :			
<input type="checkbox"/>	Paquete Globular	<input type="checkbox"/>	Concentrado de Plaquetas
<input type="checkbox"/>	Plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/>	Plaquetas (simples)
<input type="checkbox"/>	Crioprecipitado	<input type="checkbox"/>	Otro:.....

Fecha de salida del Banco de sangre	: .....	Hora:.....	am/pm
Fecha de llegada al servicio/SOP	: .....	Hora:.....	am/pm
Fecha de devolución al Banco de sangre	: .....	Hora:.....	am/pm

<b>MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN</b>			
Condiciones del Paciente			
<input type="checkbox"/>	Transfusión innecesaria para el tratamiento		
<input type="checkbox"/>	Condiciones inadecuadas para la transfusión (Especifique) : .....		
Condiciones del Hemocomponentes:			
<input type="checkbox"/>	Nombre de paciente incorrecto en el Hemocomponente		
<input type="checkbox"/>	Grupo ABO y Rh Incompatible entre Paciente y Componente		
<input type="checkbox"/>	Calidad del hemocomponente inadecuado (Especifique) : .....		
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO EN EL SERVICIO/SOP			
<input type="checkbox"/>	Congelada (< 0°C)	<input type="checkbox"/>	Tiempo:.....
<input type="checkbox"/>	Refrigerada (2- 8°C)	<input type="checkbox"/>	Tiempo:.....
<input type="checkbox"/>	Temperatura Ambiente (15- 25°C)	<input type="checkbox"/>	Tiempo:.....
<input type="checkbox"/>	Temperatura Fisiológica (> 37°C)	<input type="checkbox"/>	Tiempo:.....

Enfermera u Obstetra (firma y sello)

Medico (firma y sello)

Llenado por el personal de banco de sangre

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN:			
FECHA:.....	HORA:.....	Temp:..... °C	
<input type="checkbox"/>	Hemocomponente Perforado	<input type="checkbox"/>	Hemocomponente caducado
<input type="checkbox"/>	Presencia de Hemólisis	<input type="checkbox"/>	Presencia de Coágulo o Aglutinado
<input type="checkbox"/>	Presencia de Ictericia	<input type="checkbox"/>	Color y aspecto Inadecuado
<input type="checkbox"/>	Hemocomponente Hemático	<input type="checkbox"/>	Temp. Almacenamiento inadecuado
Otros:.....			
Hemocomponente para transfusión		<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> NO APTO	

\*se procede a: .....

Tecnólogo Médico (firma y sello)

Responsable de Banco de Sangre



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS - FR27: CONTROL DE TEMPERATURA

**HOSPITAL DE HUAYCAN**  
**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I-B**  
**CONTROL DE TEMPERATURA**

DENOMINACION: \_\_\_\_\_ RANGO: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_  
MODELO: \_\_\_\_\_ SERIE: \_\_\_\_\_

DÍA	7:00 a.m.		11:00 a.m.		03:00 p.m.		07:00 p.m.		11:00 p.m.		3:00 a.m.	
	TR (°C)	RSP	TR (°C)	RSP	TR (°C)	RSP	TR (°C)	RSP	TR (°C)	RSP	TR (°C)	RSP
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

DISERVACIONES:

RESPONSABLE: ESCRIBE SU APELLIDOS Y NOMBRES





FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

HH - CHBS – FR28: CONTROL DE CALIDAD DE LOS ANTISUEROS ANTI – A, ANTI – B, ANTI - D Y ANTI - A1 (LECTINA)

Mes		Año								Área								INMUNOHEMATOLOGÍA	
		Anti -A		Anti -B		Anti -D		Resp			Anti -A		Anti -B		Anti -D		Resp		
Célula	Día	Esp	Avi	Esp	Avi	Esp	Avi		Día	Esp	Avi	Esp	Avi	Esp	Avi				
A Rh +	1								16										
B Rh +	1								16										
O Rh +	1								16										
A Rh +	2								17										
B Rh +	2								17										
O Rh +	2								17										
A Rh +	3								18										
B Rh +	3								18										
O Rh +	3								18										
A Rh +	4								19										
B Rh +	4								19										
O Rh +	4								19										
A Rh +	5								20										
B Rh +	5								20										
O Rh +	5								20										
A Rh +	6								21										
B Rh +	6								21										
O Rh +	6								21										
A Rh +	7								22										
B Rh +	7								22										
O Rh +	7								22										
A Rh +	8								23										
B Rh +	8								23										
O Rh +	8								23										
A Rh +	9								24										
B Rh +	9								24										
O Rh +	9								24										
A Rh +	10								25										
B Rh +	10								25										
O Rh +	10								25										
A Rh +	11								26										
B Rh +	11								26										
O Rh +	11								26										
A Rh +	12								27										
B Rh +	12								27										
O Rh +	12								27										
A Rh +	13								28										
B Rh +	13								28										
O Rh +	13								28										
A Rh +	14								29										
B Rh +	14								29										
O Rh +	14								29										
A Rh +	15								30										
B Rh +	15								30										
O Rh +	15								30										

Revisado por:

\_\_\_\_\_

Firma Y/o Registro de Personal



FORMATOS Y REGISTROS DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

**VII. RESPONSABILIDADES:**

- a. Responsable del Centro Hemoterapia y banco de sangre: Valida y verifica el presente manual.
- b. Responsable de calidad: Elabora, Implementa y realiza mejoras al presente manual.
- c. Personal de Centro Hemoterapia y Banco de Sangre: Cumple con las disposiciones del presente manual.

**VIII. BIBLIOGRAFIA**

- a. Asociación Americana de Banco de Sangre. Manual Técnico AABB. 17ª Edición, 2013.
- b. Organización Internacional de Normalización, ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad Fundamentos y vocabulario. 2015
- c. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Tercera Edición. 2012.

