

SUPLEMENTO. Tomo II. Ejemplar 12. Décima Quinta Sección. Año 101. 16 de marzo de 2018

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. COORDINACIÓN GENERAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA
COMUNIDAD. DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES. DEPÓSITO DE
SANGRE**

DIRECTORIO



Maestro Juan Enrique Ibarra Pedroza
Presidente Municipal de Guadalajara

Maestro Oscar Villalobos G3mez
Secretario General

Licenciado Luis Eduardo Romero G3mez
Director de Archivo Municipal

Comisi3n Editorial

M3nica Ruvalcaba Osthoff
Mirna Lizbeth Oliva G3mez
Karla Alejandrina Serratos R3os
Gloria Adriana Gasga Garc3a
Lucina Yolanda C3rdenas del Toro
Sandra Julissa Navarro Guevara
Margarita Mart3n del Campo Hajar

Registro Nacional de Archivo C3digo

MX14039 AMG

Archivo Municipal de Guadalajara

Esmeralda No. 2486
Col. Verde Valle
C.P. 44550 Tel/Fax 3122 6581

Edici3n, dise1o e impresi3n

Esmeralda No. 2486
Col. Verde Valle
C.P. 44550 Tel/Fax 3122 6581

La Gaceta Municipal es el 3rgano oficial del
Ayuntamiento de Guadalajara

Gaceta

Fecha de publicaci3n: 16 de marzo de 2018

SUMARIO

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. COORDINACI3N
GENERAL DE CONSTRUCCI3N DE LA
COMUNIDAD. DIRECCI3N DE SERVICIOS
M3DICOS MUNICIPALES. DEP3SITO DE SANGRE**



Gobierno de
Guadalajara



Unidad Médica de Urgencias



Manual de Procedimientos del Depósito de Sangre

Elaboración: 16 de enero del 2017 Actualización: 05 de diciembre del 2017 Nivel: II

Autorización: **15 de diciembre del 2017**



Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



Autorización

Elaboró



DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe del Departamento de Innovación y Desarrollo

Dictamen Técnico-Administrativo:



DR. ARTURO MUÑOZ PEÑA
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Dictamen Técnico-Médico:



DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Validó:



DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales

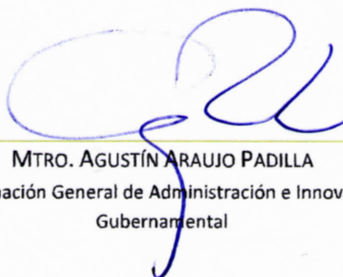
Aprobó



ING. BERNARDO FERNÁNDEZ LABASTIDA
Coordinador General de Construcción de Comunidad

Autorizó

Artículo 94 del Reglamento de la Administración Pública Municipal de Guadalajara



MTRO. AGUSTÍN ARAUJO PADILLA
Coordinación General de Administración e Innovación
Gubernamental



ING. ENRIQUE ALFARO RAMÍREZ
Presidente Municipal de Guadalajara

Fecha de Autorización

15 de diciembre del 2017



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

Presentación

El Manual de procedimientos del Depósito de Sangre, que hoy se pone a disposición de los titulares y trabajadores de las unidades médicas/orgánicas de la Dirección de Servicios Médicos del H. Ayuntamiento de Guadalajara, tiene por objeto establecer una forma de proceder estandarizada en todos los Depósitos de Sangre, así como la de cumplir con los reglamentos en la materia.

Es importante señalar, que ***las viejas formas de hacer las cosas no nos traerán el futuro deseado***, es por ello, por lo que debemos estar conscientes y tomar una elección entre ***si aceptamos a nuestra institución tal y como es o, si trabajamos para construir algo mucho mejor***. Puede ser que en el proceso tropecemos, pero habrá que hacer un esfuerzo para levantarnos y seguir en el rumbo que elegimos. Lo importante es, que, ***si no nos ponemos límites, no sabremos de lo que somos capaces de lograr***.

Los procedimientos deben estar en constante monitoreo para poder detectar posibles errores e implementar cada vez, procedimientos de trabajo más eficientes en beneficio de la sociedad tapatía y de todo aquel visitante que por algún motivo tuvieron un accidente que les genera la necesidad de atención médica o quirúrgica de urgencias.

La estrategia documental que se desea implementar se enfoca en el desarrollo organizacional para lograr mejores eficiencias en los procesos de trabajo, es por lo anterior, que el C. Director de Servicios Médicos Municipales, el **Dr. Fernando Petersen Aranguren**, ha instruido que la atención en Bancos de Sangre sea estandarizada e implementada en las Cruz Verde, con el objeto de que la atención a los pacientes sea la misma en todos los Depósitos.

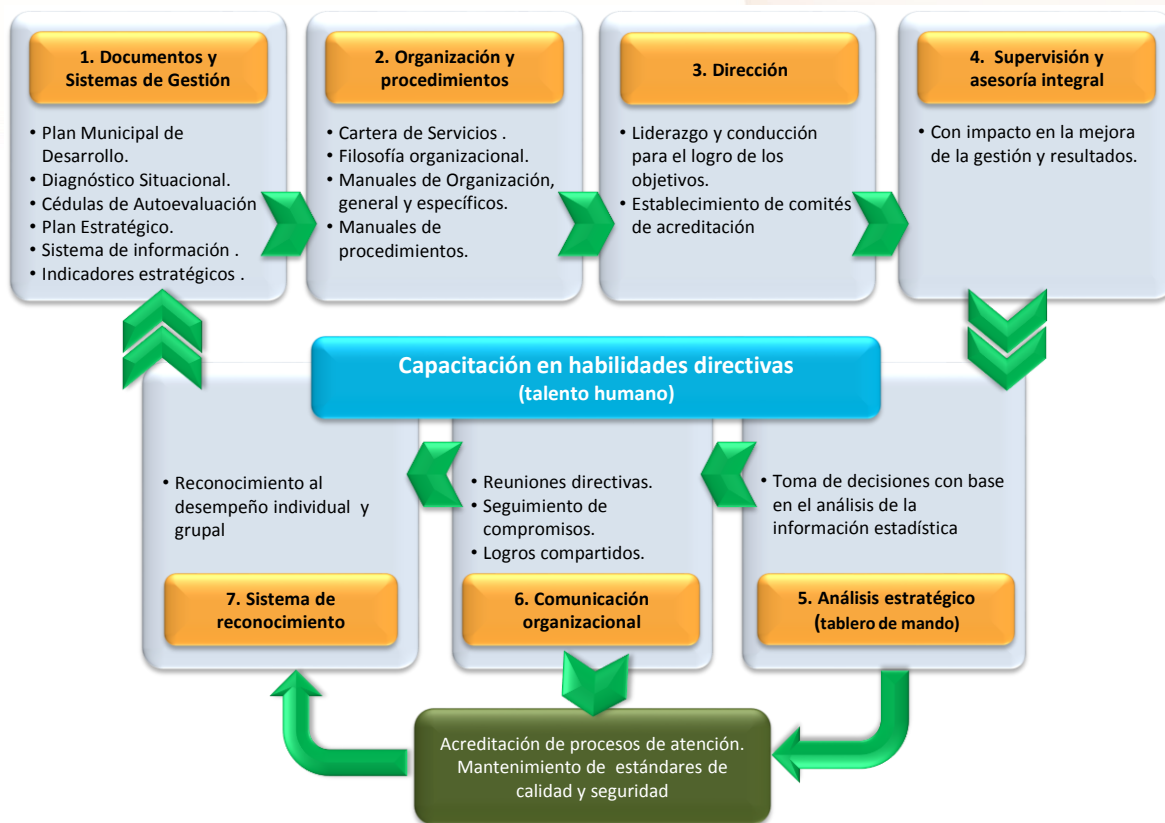
LA CALIDAD EN SERVICIOS MÉDICOS.

Como toda tendencia en nuestra realidad, toda organización busca la adopción de un modelo de gestión que sirva como referente a los procesos y procedimientos, los cuales

responden a los servicios que se ofrecen en las unidades médicas de la Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

Nuestro modelo de gestión de calidad y seguridad, debe ser un referente permanente para buscar la mejora de nuestros procesos y servicios, y, en consecuencia, favorecer el entendimiento de una institución.

Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad de la Dirección de Servicios Médicos Municipales del Gobierno de Guadalajara.



Fuente: Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara/ Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación/ Departamento de Innovación y Desarrollo. Febrero 2016.

Contenido del manual

Autorización

Presentación

Contenido del manual

Misión de la Dirección de Servicios Médicos Municipales

Visión 2042

Las estrategias Rectoras para lograr la visión 2042

Decálogo de Valores

Políticas rectoras

Fundamento Legal

Modelo Conceptual

- Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
- Procedimiento para la entrega –recepción de hemocomponentes
- Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas
- Procedimiento para la determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh.
- Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh
- Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea
- Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes
- Procedimiento para la entrega de hemocomponentes



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

Dirección de Servicios Médicos Municipales 2015 - 2018.

Misión

Otorgar servicios de atención prehospitalaria y de urgencias médicas con alta eficiencia, calidad y seguridad de los pacientes; así como, promover las condiciones para la prevención, protección y promoción de la salud.

Visión 2042

En el año 2042, la Ciudad Guadalajara ha sido declarada “**Ciudad Saludable**” porque brinda las condiciones para que la gente viva más años con mejor salud, ya que de manera planificada en las colonias y barrios - donde se desenvuelven cotidianamente las personas – se han fortalecido y creado las “**condiciones para la salud colectiva**” contribuyendo de esta manera a construir ciudadanía y comunidad.

Cuando los ciudadanos están enfermos o sufren un accidente, las instituciones de los tres niveles de gobierno establecidas en la Ciudad de Guadalajara y su área conurbada, integradas en un “**Sistema Metropolitano de Salud**”, ofrecen sus servicios con calidad y trato digno, satisfaciendo las expectativas y necesidades de una población cada vez más consciente del cuidado de su salud. Los Servicios Médicos Municipales de la Zona de Guadalajara, constituidos en una “**Red Metropolitana de atención prehospitalaria y urgencias médicas**”, cuentan con patrimonio propio y personalidad jurídica, y operan con alta eficacia y eficiencia.

Por todo lo anterior, los niveles de protección y atención de la salud alcanzados contribuyen a la eliminación de la pobreza y al desarrollo integral de las ciudades y las personas, quienes disfrutan de una mayor calidad de vida dentro un ambiente digno y seguro, logrando que **Guadalajara y el área metropolitana sea reconocida como un lugar para crecer sanamente y vivir con armonía.**



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

Las estrategias rectoras para lograr la visión 2042

Sentar las bases para vocacionar, eficientar y modernizar de manera paulatina la gerencia de las unidades médicas, y consolidarlas como proveedores competitivos del Seguro Popular.

Construir el andamiaje para implementar la Red Metropolitana de Atención Pre hospitalaria y Urgencias Médicas, y su integración estratégica en el Sistema Estatal de Salud.

Ciudad Saludable: fortalecer, orientar y crear de forma planificada espacios públicos, servicios y programas municipales como la primera línea de defensa contra riesgos sanitarios, de promoción de la salud y prevención de enfermedades.



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

Decálogo de Valores

Los valores son normas de convivencia de la especie humana, son un conjunto de características positivas y válidas para un desarrollo de vida plena. Son principios rectores que nos fortalecen y nos sacarán adelante.

Compromiso

Este valor permite que un servidor público dé todo de sí mismo para conseguir los objetivos planteados, tenemos que lograrlo/hacerlo". Para lograr este valor, se requiere de una promesa a cumplir, del proceso que se realiza para cumplirlo y el cumplimiento en sí mismo de forma holística.

Respeto

El servidor público, no debe hacer las cosas que vayan en contra de la naturaleza, debe hacer posible las relaciones de convivencia y comunicación efectivas entre sus compañeros y los ciudadanos, el respeto es condición indispensable para el surgimiento de la confianza, para vivir sin agresiones, para pensar libremente sin represalias, para actuar con equidad y, para aceptar a los demás tal y como son.

Congruencia

La clave para generar confianza y credibilidad entre los ciudadanos, es actuar de conformidad con lo que se dice, lo que se hace y lo que se piensa. La congruencia, es la acción intrínseca de nosotros como servidores públicos.

Responsabilidad.

El proceder de los servidores públicos, debe de estar encaminado a la satisfacción plena de nuestros usuarios/pacientes, por tanto, todo lo que hagamos surge de nosotros mismos y de nadie más, no se tiene que culpar a otros, debemos afrontar nuestras acciones con entereza. La responsabilidad tiene que ver con nuestros actos y éstos a nuestras promesas y compromisos, tenemos que cumplir. Hacer lo correcto es un signo de madurez y dignidad humana; por eso el servidor público debe:

- Responder por sus actos, ser consciente del daño que puede generar y asumir las consecuencias con dignidad.
- Cumplir en forma cabal sus deberes y obligaciones, bajo el actuar de sus derechos
- Hacer lo que se debe hacer.
- Evitar excusarse y justificarse.
- Tener iniciativa e inteligencia para hacer bien lo que se hace.
- Valorar lo importante de lo urgente.

Honradez

El trabajador de la salud, sabe que este valor es la probidad, rectitud, integridad y honestidad personal en el actuar cotidiano con base en la verdad y la auténtica justicia. La honradez es la razón de pensar, decir y actuar.

Trato digno

El ciudadano reclama un trato digno en todo momento, especialmente en situaciones tan sensibles como es la salud. Aplicable en acciones, actitudes y respuestas cordiales, que la población espera del gobierno, a través de la coordinación de todas sus áreas especialmente bien dirigida por la Dirección de Servicios Médicos Municipales.

Humanitarismo

El orgullo del trabajador de la salud, gira alrededor de la capacidad que se tiene para sentir afecto, comprensión y sobre todo, solidaridad hacia las demás personas, se vive en una misma comunidad que busca un mismo fin, la trascendencia.

Amabilidad

Para el trabajador de la salud sabe que ser amable es tratar a las personas en forma digna, porque tiene el derecho a ser amado, por tanto se debe ser afectuoso, agradable, gentil y servicial, incluso humorista o alegre. Ser amable también es ser atento, brindar atención y respeto en equidad, pero con énfasis en los desvalidos, y necesitados.

Honorabilidad

Como profesionales, somos capaces de dar respeto y emitir merecidas opiniones hacia los demás y recíprocamente, se deben recibir, el honor se obtiene y se recibe a través del respeto total a nuestros semejantes.

Eficiencia

El servidor público busca de forma permanente, hacer correctamente lo que tiene que hacer, para aumentar la capacidad operativa y resolutive de: los procesos pre-hospitalarios, de las unidades de atención a urgencias y de las áreas administrativas. En suma, este valor tiene que ver con “hacer las cosas correctas, de manera correcta en el tiempo correcto”.

Políticas rectoras

1. Todo usuario de nuestros servicios, debe recibir atención médica de calidad, con calidez y con trato digno, por tanto, nuestros servicios deben darse de forma eficaz y oportuna,
2. Toda atención médica debe otorgarse bajo el enfoque de la seguridad del paciente, y evitar así, daños colaterales,
3. Los usuarios deben estar tranquilos por sus pertenencias, por ello, es que todas sus cosas serán respetadas por el personal de Servicios Médicos Municipales,
4. Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos,
5. Todo usuario que demanda atención médica, debe ser atendido por pequeño que sea su padecimiento, por tanto, debe ser estabilizado y referenciado a otra institución de alta complejidad médica cuando el caso lo amerite e implementar el cero rechazo,
6. El actuar de los trabajadores, debe responder plenamente a la normatividad vigente, con relación a la atención médica,
7. Los trabajadores de las unidades de atención a urgencias médicas, deben: Trabajar y documentar su actividad administrativa; práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica, y
8. Los directivos de las Unidades médicas de urgencia, deben identificar de manera sistemática la opinión de los usuarios, para mejorar los procesos de trabajo.



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

Fundamento Legal

Ordenamiento: Reglamento de la Administración Pública Municipal de Guadalajara.

Título Sexto: Coordinaciones Generales.

Capítulo I: Disposiciones Comunes

Artículo 94. Los manuales de organización y procedimientos de las dependencias deben ser propuestos por los titulares de las mismas, autorizados por el Presidente Municipal y por la Coordinación General de Administración e Innovación Gubernamental y en consecuencia, de observancia obligatoria para los servidores públicos municipales.

Asimismo, el Presidente Municipal debe expedir los acuerdos, circulares internas y otras disposiciones particulares necesarias para regular el funcionamiento de las dependencias que integran la administración pública municipal.

Capítulo VI Coordinación General de Construcción de Comunidad.

Sección Quinta: Dirección de Servicios Médicos Municipales.

Artículo 149. La Dirección de Servicios Médicos Municipales, tiene las siguientes atribuciones:

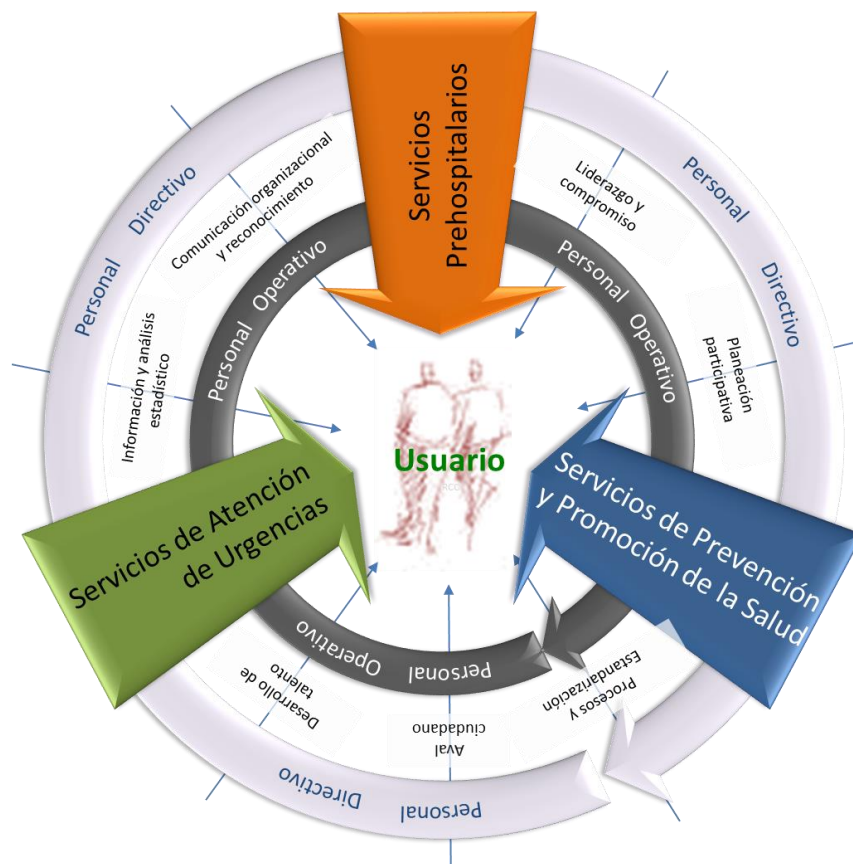
- I. Participar en la construcción del modelo metropolitano, con énfasis en la educación para la salud, la prevención y el autocuidado, con las dependencias competentes;
- II. Planear, dirigir y controlar los programas que se instrumenten en el municipio en materia de salud, así como su operación;
- III. Mejorar la cobertura de servicios de salud para urgencias médicas, atendiéndolas en tiempo, ya sea por accidente o por enfermedad;
- IV. Promover programas de activación física en lugares públicos, para impulsar estilos de vida sana, y trabajar en la prevención de enfermedades de mayor prevalencia y costo social, en coordinación con las dependencias competentes;
- V. Operar un sistema sanitario de atención, con vinculación funcional de todas las instituciones públicas y privadas del sector salud que actúan en el municipio;
- VI. Emprender la reingeniería del sistema de salud, en correspondencia con el nuevo modelo de gestión de la ciudad multipolar, alineando la estructura y funciones a las nuevas responsabilidades;

- VII.** Desarrollar los protocolos de intervención específica para los padecimientos de alta prevalencia y tipos de trauma en accidentes;
- VIII.** Realizar el saneamiento y preservación de los entornos habitacionales, escolares y laborales como condicionantes de la salud de las personas, en coordinación con las dependencias competentes;
- IX.** Promover y proponer la celebración de convenios con las dependencias competentes, para la consecución de sus fines;
- X.** Realizar acuerdos con otras secretarías para llevar a cabo trabajos intermunicipales y de coordinación interinstitucional, en cuanto sean compatibles y necesarios para lograr un objetivo social;
- XI.** Planear, dirigir y controlar los programas que se instrumenten en el municipio en materia de salud, así como su operación;
- XII.** Dirigir y controlar la operación de las dependencias del Ayuntamiento encargadas de la prestación de los servicios de salud en el municipio;
- XIII.** Autorizar, apoyar y evaluar el desarrollo y cumplimiento de los programas de enseñanza, educación continua y adiestramiento en el servicio médico;
- XIV.** Informar a la Coordinación General de Construcción de Comunidad, los avances de sus actividades, y resultado de análisis estadísticos que permitan medir la capacidad de respuesta de la Dirección en los términos y condiciones que indique su Coordinador;
- XV.** Coadyuvar y asesorar a las dependencias y entidades de la administración pública municipal para que las oficinas y edificios públicos del municipio obtengan la certificación como entornos favorables a la salud, así como para que conserven dicha certificación;
- XVI.** Auxiliar a las dependencias y entidades municipales, para que los servidores públicos activen la Cartilla de Salud, coadyuvando con ellas en la promoción y vigilancia que corresponda;
- XVII.** Asesorar y auxiliar, en coordinación con la Dirección de Protección Civil y Bomberos, a las dependencias y entidades de la administración pública municipal en la implementación y operación de sus respectivas Comisiones de Seguridad e Higiene; y
- XVIII.** Las demás previstas en la normatividad aplicable.

Modelo conceptual

Un modelo, es la representación gráfica que ayuda a entender algo que no se puede palpar o ver directamente. Un modelo no es una realidad, trata de una abstracción de la realidad y que inspira a trabajar para lograrlo. Por tanto, se puede decir que un modelo conceptual, es la imagen conceptual del ideal de lo que debería ser, o de lo que se espera ser para cumplir con la razón de ser o misión organizacional; trata de una imagen que proporciona una dirección o patrón para alcanzar a través de la *praxis* de todos los trabajadores. El objetivo del modelo conceptual es la de representar la realidad en términos ideales, en la cual, se observan imágenes que se relacionan con otros elementos que son esenciales.

El Modelo Conceptual para la Atención en la Dirección de Servicios Médicos Municipales del Gobierno de Guadalajara es el siguiente:



Fuente: Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara/ Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación/ Departamento de Innovación y Desarrollo. Febrero 2016

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPÓSITO DE SANGRE

El modelo conceptual que se presenta tiene como centro de todos los procesos al usuario tanto interno como externo, razón y motivo que llevan a la misión y visión propuestas.

Existen 3 procesos sustantivos o vitales de los servicios médicos municipales del Gobierno de Guadalajara son:

- La atención de urgencias médico-quirúrgicas,
- La atención prehospitalaria
- Los servicios de prevención y promoción a la salud.

Todos estos procesos están encaminados y dirigidos a la plena satisfacción de los usuarios y tienen tanto al personal operativo de las diferentes categorías como al personal directivo en circulares concéntricas permanentes alrededor de estos procesos, impulsados por valores inmersos en una espiral continua de calidad y calidez.

Este modelo centrado en el ser humano (el usuario) promueve la integración de los mandos operativos y directivos en un mismo fin: El humanitarismo, ello a través de la creación de la comunidad que se dirige hacia su transformación en una ciudad saludable.



Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
2015 - 2018

Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016

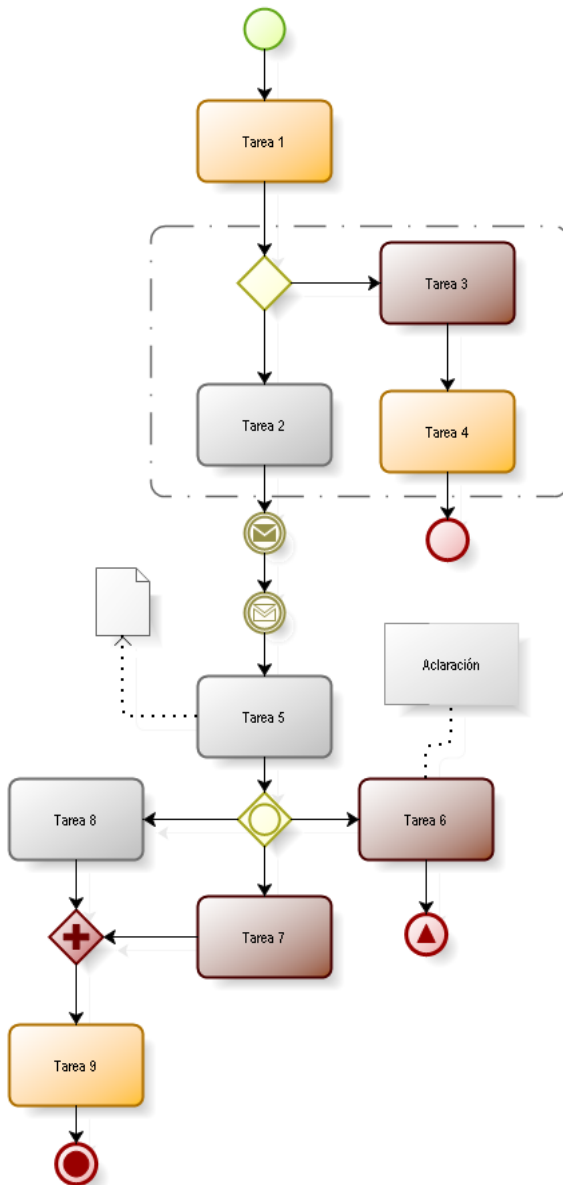
Autorización: **8 de noviembre del 2016**

Nivel II



Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico Responsable del Depósito de Sangre

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	5
5.- Modelado de Proceso	7
6.- Desarrollo:	9
7.- Colaboradores:.....	13
8.- Definiciones:.....	14
9.- Documentos de Referencia:.....	14
10.- Formatos Utilizados:	14
11. Descripción de Cambios	14
Anexos	15



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



1.- OBJETIVO

Contar con un instrumento estandarizado que logre mayor eficiencia organizacional cuando se requiere solicitar pruebas de compatibilidad y hemocomponentes.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento cuenta con dos inicios, por un lado, con la programación de un paciente a procedimiento quirúrgico en el que existe riesgo de sangrado y cabe la posibilidad de que requiera transfusión; por el otro lado, con la decisión del médico de transfundir a un paciente. El procedimiento termina en el momento en que se recibe la solicitud en el Depósito de Sangre.

Áreas que intervienen:

Los servicios de Urgencias, Hospital, Quirófano y Depósito de Sangre.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos vigentes son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el (los) comprobante(s) de donación correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos especialistas, la de programar cirugías, hasta que el usuario o familiar, entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- Las muestras que se entreguen en el Laboratorio de Análisis Clínicos o, en el Depósito de Sangre y éstas se encuentren carentes de rotulo, deben tirarse (desecharse) de inmediato a RPBI, ello en apego a la norma en materia de disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Únicamente se procesarán muestras y se recibirán documentos cuando la muestra cumple con todos los requisitos.
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.
- En caso de Urgencia, el personal médico podrá solicitar verbalmente las pruebas cruzadas y hemocomponentes, siempre y cuando envíe el consentimiento informado y la muestra conforme a requisitos, en el entendido de que, al finalizar la urgencia, el personal médico solicitante, debe completar los requisitos del proceso de solicitud ordinario, con la finalidad de conformar:

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

Expediente clínico y el expediente del Depósito de Sangre.

Nota:

En caso de que en Depósito de Sangre ya se cuente con una muestra del paciente de no más de 48 horas, puede prescindir de la nueva muestra y del consentimiento.

- Las solicitudes de pruebas cruzadas y hemocomponentes ordinarias que envíen las Unidades de Urgencia (diferentes a la Delgadillo y Araujo), se mandarían con el mensajero/chofer y en el horario descrito en los procedimientos que determine el Responsable Médico de dicha Unidad, para entregarse al Depósito de Sangre antes de las 12:00 horas en turno matutino y antes de las 24:00 horas para los siguientes turnos.

Tipo de solicitud	Intervención	Puede llevar muestras y hemocomponentes
Ordinaria	Quirúrgica Programada	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
	Posquirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
Extraordinaria	Urgencia Médica	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso. Paramédico motorizado (solicitar apoyo a Subdirección Prehospitalaria).

- Toda solicitud de pruebas cruzadas para paciente de cirugía programada, debe entregarse al Depósito de Sangre con un mínimo de 24 horas de anticipación, en un horario de: antes de las 12:00 horas si el evento quirúrgico es en el turno matutino y antes de las 24:00 horas si el evento quirúrgico será en el turno vespertino.
- Los hemocomponentes cruzados se apartarán, sólo por 24 horas, por lo que, en caso de posponer una cirugía, deben avisar de manera verbal al Depósito de Sangre para respetar sus componentes y no realizar pruebas de compatibilidad con ellos para otros pacientes.
- Cuando se reciban solicitudes de hemocomponentes urgentes y no se cuenten con suficientes en stock en Depósito de Sangre, se debe dar prioridad a la urgencia, por tanto, se realizan pruebas de compatibilidad con los hemocomponentes que ya estaban cruzados o destinados para transfundir a pacientes de manera ordinaria; y en cuanto se repongan nuevas unidades al Depósito de Sangre, se realizarán nuevamente pruebas a quienes se les había dejado sin hemocomponentes.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	Manual de Organización/Dirección de Servicios Médicos Municipales/clave: 007OG-DSMM_001
Funciones	
1.2 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas de hospitalización.	
h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica, de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	
j) Definir, implantar y controlar estrategias e instrumentos administrativos necesarios, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de atención a urgencias médicas,	
m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

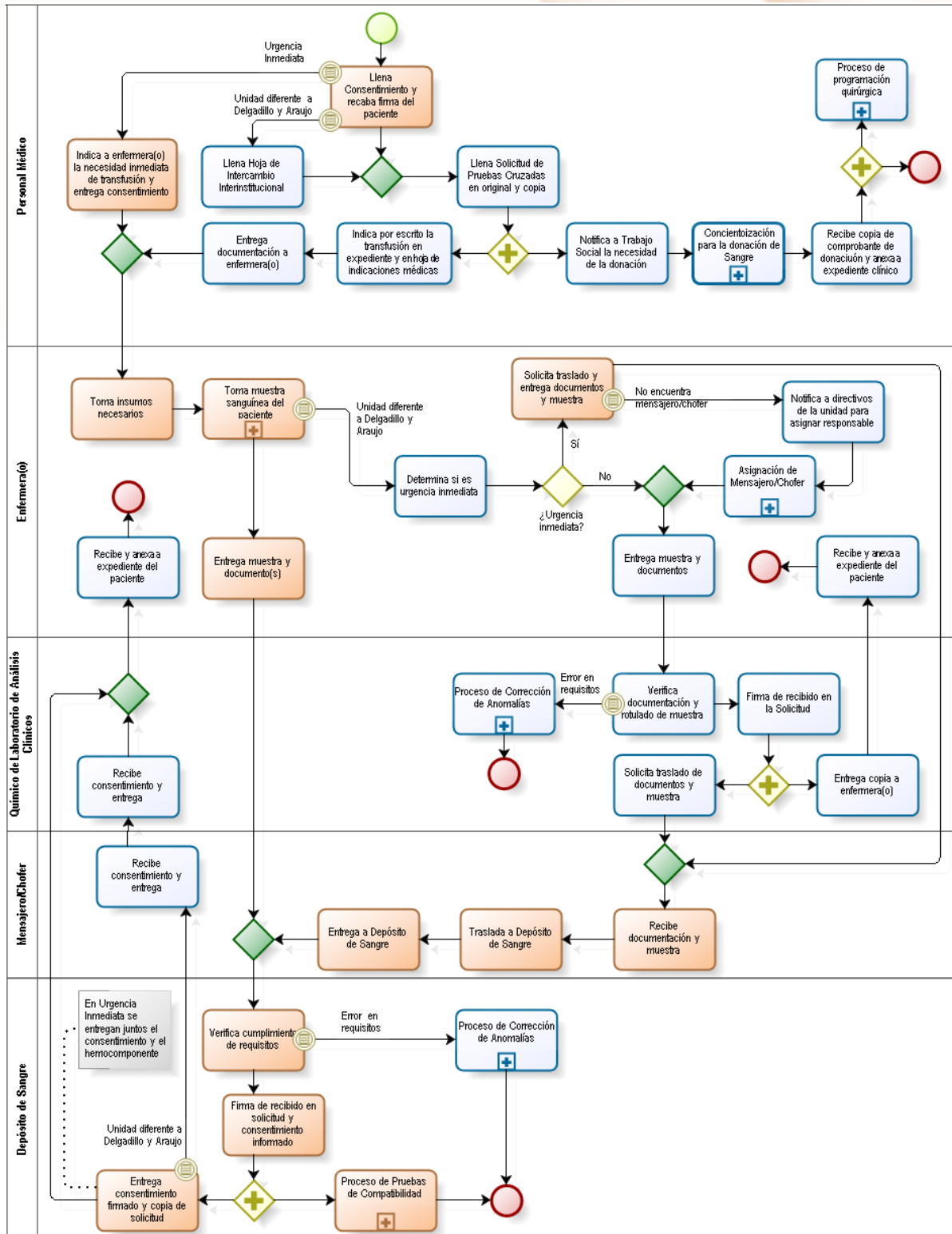
Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Personal Médico	<p>Llena con letra legible y datos completos la “Hoja de consentimiento informado adulto” (Anexo 01A) o la “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” (Anexo 01B) y recaba firma del paciente, tutor o la del médico que consiente la transfusión a falta de los anteriores y de los testigos. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Si es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo:</u> Llena también la “Hoja de intercambio interinstitucional” (Anexo 02) firmada por su responsable sanitario, con sello y datos requeridos de la Unidad. Aplica siguiente actividad. • <u>En el caso de presentarse una Urgencia Inmediata,</u> podrá prescindir del llenado del resto de formatos por el momento e indica a enfermera(o) la necesidad inmediata de transfusión y le entrega la “Hoja de consentimiento informado”. Aplica actividad 5. 						
2.	Personal Médico	Llena con letra legible los datos completos sin abreviaciones de la “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” (Anexo 03A) o la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” (Anexo 03B) según sea el caso en original y copia.						
3.	Personal Médico	<p>De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre”. Aplica actividad 25.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.	Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.
Actividad	Entonces							
Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.							
Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.							
4.	Personal Médico	Entrega documentación a enfermera(o) solicitando la transfusión.						
5.	Enfermera(o)	Toma insumos necesarios para la obtención de la muestra y acude con el paciente.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad										
6.	Enfermera(o)	Toma muestra sanguínea (<i>ver proceso de toma de muestras</i>) del paciente, la cual debe cumplir con los siguientes requisitos.										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Requisitos de la muestra</th> <th>Instrucción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tubo rotulado</td> <td>Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.</td> </tr> <tr> <td>Tubo EDTA</td> <td>La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).</td> </tr> <tr> <td>Suficiente</td> <td>La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.</td> </tr> <tr> <td>Sin hemólisis</td> <td>Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.</td> </tr> </tbody> </table>	Requisitos de la muestra	Instrucción	Tubo rotulado	Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.	Tubo EDTA	La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).	Suficiente	La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.	Sin hemólisis	Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.
		Requisitos de la muestra	Instrucción									
		Tubo rotulado	Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.									
		Tubo EDTA	La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).									
		Suficiente	La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.									
Sin hemólisis	Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.											
Notas:												
<ul style="list-style-type: none"> • Para vaciar la sangre de la jeringa al tubo, debe hacerlo sin la aguja y lentamente para no romper las células. • Si se tratara de una Urgencia Inmediata: Aplica actividad siguiente. • Si quien tramita es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo. Aplica la actividad 12. 												
7.		Entrega muestra adecuada y documentos completos a Depósito de Sangre.										
8.	QFB en Depósito de Sangre	<p>Verifica cumplimiento de requisitos en la muestra y los documentos. Aplica siguiente actividad</p> <p>Nota: Si existe error en los requisitos de la muestra o documentos, Depósito de Sangre no recibe ninguno y los regresa al personal que le entregó para iniciar el proceso de corrección de anomalías. Fin del procedimiento.</p>										
9.		Firma de recibido en el "Consentimiento informado" y la "Solicitud de hemocomponentes", anota la fecha y hora, y detalla los hemocomponentes que se le están solicitando por ocasión.										

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
10.	QFB en Depósito de Sangre	De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. </td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. 	Por el otro lado	Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. 							
Por el otro lado	Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.							
11.		Recibe "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" firmados por Depósito de Sangre y, los anexa al expediente del paciente. Fin del procedimiento.						
12.	Enfermera(o)	Determina si es urgencia inmediata						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es una Urgencia Inmediata?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Es una Urgencia Inmediata?	Entonces	Sí	Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.	No	Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.
		¿Es una Urgencia Inmediata?	Entonces					
Sí	Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.							
No	Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.							
13.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Verifica documentación y rotulado de la muestra. Nota: <ul style="list-style-type: none"> De no cumplir con los requisitos, no se recibe nada y se pasa al "Proceso de corrección de anomalías" e inicie nuevamente a partir de donde se deba corregir la anomalía. 						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
14.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Firma de recibido en la “Solicitud de hemocomponentes” original y copia. De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.	Por el otro lado	Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.							
Por el otro lado	Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.							
15.	Enfermera(o)	Recibe la solicitud firmada por Q.F.B. de recibido y la anexa al “Expediente clínico” del paciente. Fin del procedimiento.						
16.		Recibe documentación y muestra adecuadas.						
17.	Mensajero/Chofer	Traslada documentos y muestra al Depósito de Sangre. Notas:						
		<ul style="list-style-type: none"> • Debe llevar una hielera, propia de cada Unidad médica, en la que Depósito de Sangre entregará los hemocomponentes que solicitaron. • El mensajero/Chofer debe estar debidamente identificado con credencial de la Institución y/o IFE, si ya es conocido por el personal del servicio donde labora y del Depósito de Sangre. 						
18.		Entrega documentos y muestra al Depósito de Sangre.						
19.	QFB en Depósito de Sangre	Verifica cumplimiento de requisitos en la muestra y los documentos. Aplica siguiente actividad. Nota: Si existe error en los requisitos de la muestra o documentos, Depósito de Sangre no recibe ninguno y los regresa con el personal que le entregó para iniciar el proceso de “Corrección de anomalías”. Fin del procedimiento.						
		Recibe y firma de recibido en consentimiento y solicitud con fecha y hora, detallando los hemocomponentes que se le están solicitando en esta ocasión.						
20.								

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
21.	QFB en Depósito de Sangre	De manera paralela, procede de acuerdo a la siguiente tabla:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Devuelve consentimiento informado y copia de solicitud ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad 24. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si sucediera que el solicitante es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo, debes Aplicar la siguiente. • Si es Urgencia Inmediata, se entregan el o los hemocomponentes y el consentimiento informado juntos.
Por el otro lado	Realiza el proceso de "Pruebas de compatibilidad sanguínea". Fin del procedimiento.		
22.	Mensajero/Chofer	Recibe consentimiento, lo traslada y entrega a Q.F.B. del Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad médica.	
23.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Recibe consentimiento informado y lo entrega a enfermera(o).	
24.	Enfermera(o)	Recibe consentimiento y lo anexa al expediente del paciente. Fin del procedimiento.	
25.	Personal Médico	Recibe copia del "Comprobante de donación" (anexo 06) e incorpora el o los comprobantes al "Expediente Clínico" del paciente, y de manera paralela, procede de acuerdo a la siguiente tabla:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Termina su intervención en este procedimiento. Fin de procedimiento.
Por el otro lado	Continúa con el "Proceso de Programación Quirúrgica". Fin del procedimiento.		

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

--

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Fracción celular o acelular del tejido sanguíneo, separado de una unidad de sangre entera por métodos físicos. Por ejemplo, el plasma, concentrado de eritrocitos y concentrado de plaquetas.
EDTA	Abreviatura utilizada para el ácido etilendiaminotetraacético, que funciona como conservador y anticoagulante de la sangre.
Hemólisis	Destrucción de los hematíes o glóbulos rojos de la sangre que va acompañada de liberación de hemoglobina.
Eritrocitos	También llamados glóbulos rojos o hematíes, son los elementos formes cuantitativamente más numerosos de la sangre.
Lisados	Viene de la palabra "lisis" que es el rompimiento de la membrana de la célula.
Stock	Conjunto de productos que se tienen almacenados en espera de su transfusión.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA-2012	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

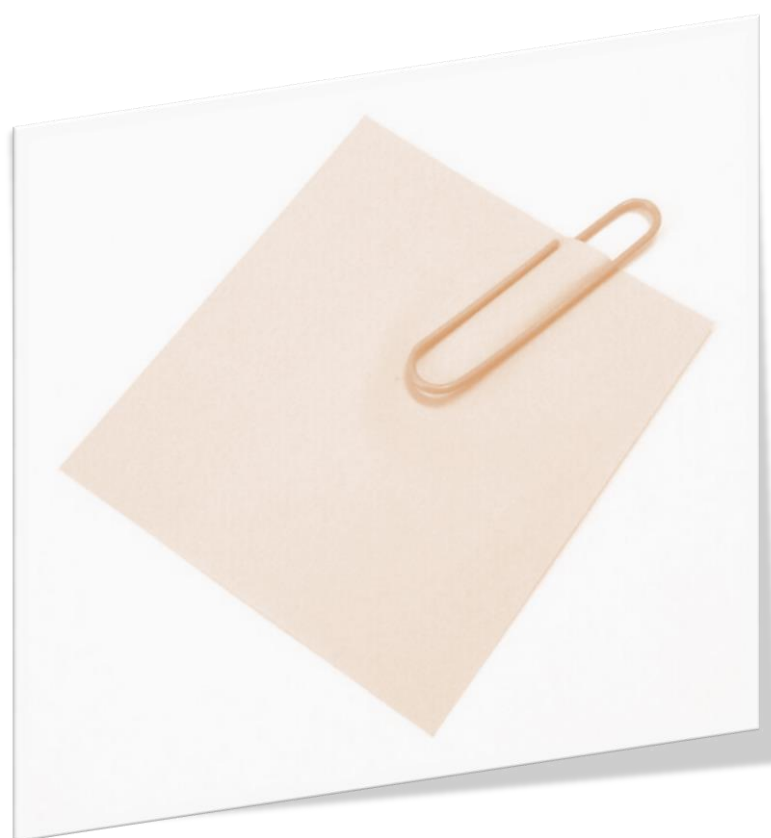
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N. A.	Anexo 01-A	Hoja de consentimiento informado adulto
N. A.	Anexo 01-B	Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
N. A.	Anexo 02	Hoja de intercambio interinstitucional
N. A.	Anexo 03-A	Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N. A.	Anexo 03-B	Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N. A.	Anexo 04	Expediente clínico
N. A.	Anexo 05	Hoja de indicaciones médicas
N. A.	Anexo 06	Comprobante de donación

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS



No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	15/08/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS







Anexo 01-A: Hoja de Consentimiento Informado Adulto



 GOBIERNO DE GUADALAJARA		SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS			 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad	
Yo:						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) PACIENTE	EDAD	HOMBRE	MUJER	
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	REGISTRO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO		
Domicilio en:						
CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO	
Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos. Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado. Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____. Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular. Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo legitimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.						
FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE						
En el caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.						
DATOS DEL MÉDICO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S) MÉDICO		
ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO			FIRMA	CÉDULA PROFESIONAL	
TESTIGO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S) TESTIGO		FIRMA
CÉDULA PROFESIONAL (Si aplica)			No. ID. (Especificar: IFE, Cartilla, Licencia o Pasaporte)			
DOMICILIO: CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO	
Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____ Tel: 12017200						

Anexo 01-B: Hoja de Consentimiento Informado de Menor de Edad o Incapaz
Anverso


	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES				
Causa por la que ejerce el consentimiento _____ Para: _____					
PACIENTE: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	MASC	FEM
REGISTRO	Nº. AFILIACION SEGURO POPULAR		SERVICIO	DIAGNOSTICO	
CALLE	NUMERO EXT/INT		COLONIA		
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)		
QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)					
YO:					
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	HOMBRE	MUJER
OCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE	IDENTIFICACIÓN (especificar tipo y número)		
CALLE	NUMERO EXT/INT		COLONIA		
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)	CORREO ELECTRONICO	
<p>Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.</p> <p>Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.</p> <p>Conociendo y entendiendo los riesgos, doy mi consentimiento por propia voluntad, con pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y productos sanguíneos para el paciente _____.</p> <p>También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.</p>					

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE					
<p>En caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.</p>					
Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____					
Tel: 12017200					

Reverso

 Guadalajara	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	 Servicios Médicos Municipales <small>Construcción de Comunidad</small>																								
DATOS DEL MÉDICO																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">MEDICO:</td> <td style="width: 40%;">NOMBRE(S)</td> <td style="width: 30%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FIRMA</td> <td>CEDULA PROFESIONAL MEDICO</td> <td>CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD</td> </tr> </table>			MEDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD																
MEDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO																							
	FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD																							
TESTIGO																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">TESTIGO:</td> <td style="width: 40%;">NOMBRE(S)</td> <td style="width: 30%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OCUPACION</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HOMBRE MUJER</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CALLE</td> <td>NUMERO EXT/INT</td> <td>COLONIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CP</td> <td>MUNICIPIO</td> <td>ESTADO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TELEFONO (LADA)</td> </tr> </table>			TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD				HOMBRE MUJER		CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA		CP	MUNICIPIO	ESTADO				TELEFONO (LADA)
TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO																							
	OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD																							
			HOMBRE MUJER																							
	CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA																							
	CP	MUNICIPIO	ESTADO																							
			TELEFONO (LADA)																							

Anexo 02: Hoja de Intercambio Interinstitucional

NOMBRE DEL REGISTRO	
 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad	SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD DE INTERCAMBO INTERINSTITUCIONAL

C DR JUAN CARLOS LOPEZ HERNANDEZ
 RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE
 CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
 PRESENTE

CRUZ VERDE DELGADILLO ARAUJO
 Lugar y fecha

Solicito a usted se nos proporcione unidades en total de los siguientes grupos sanguíneos:

	O+	A+	B+	AB+	O-	A-	B-	AB-
CONCENTRADO DE ERITROCITOS								
CONCENTRADO DE ERITROCITOS LEUCODEPLETADO								
C. DE ERITROCITOS FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS								
C. DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADO								
C. DE PLAQUETAS FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS								
CRIOPRECIPITADOS								

OBSERVACIONES O ESPECIFICACIONES
 ESPECIALES DE LOS HEMOCOMPONENTES:

Del grupo sanguíneo _____ y Rh _____ para ser transfundidos al paciente:
 del Servicio _____ cama _____
 edad _____ sexo _____ registro _____ diagnóstico _____
 Hemoglobina _____ g/dL Hematocrito _____ % Plaquetas _____ TP _____ TESTIGO _____
 Fibrinogeno _____ TTP _____ TESTIGO _____
 Medicamento que recibe _____
 Indicación de la transfusión _____
 Indicado por Dr (a) _____ Cedula DGP _____
 Especialidad _____

La institución solicitante se compromete a realizar el fomento y promoción de la donación altruista y voluntaria de sangre en su
 Unidad Hospitalaria _____

ATENTAMENTE

 DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA
 RESPONSABLE SANITARIO nombre y firma

Nombre del establecimiento _____
 Domicilio _____
 Número de Licencia del Establecimiento _____
 Nombre del Responsable del Servicio de Transfusión _____
 Código de Licencia Sanitaria del Servicio de transfusion _____

 SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

Este documento y el contenido del mismo, es propiedad e información confidencial de CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA, queda prohibida su distribución y acceso a personas no autorizadas y publicación o copia sin autorización.

Anexo 03-A: Solicitud de Pruebas Cruzadas Urgente

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO													
SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS													
MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200													
Espacio para Servicio de Transfusión		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD				MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA				
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS				TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?						
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI		NO				
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA				REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?						
PLASMAS FRESCO CONGELADO							*Dato requerido						
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
			S1	S2									
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA													
Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 03-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
Anverso

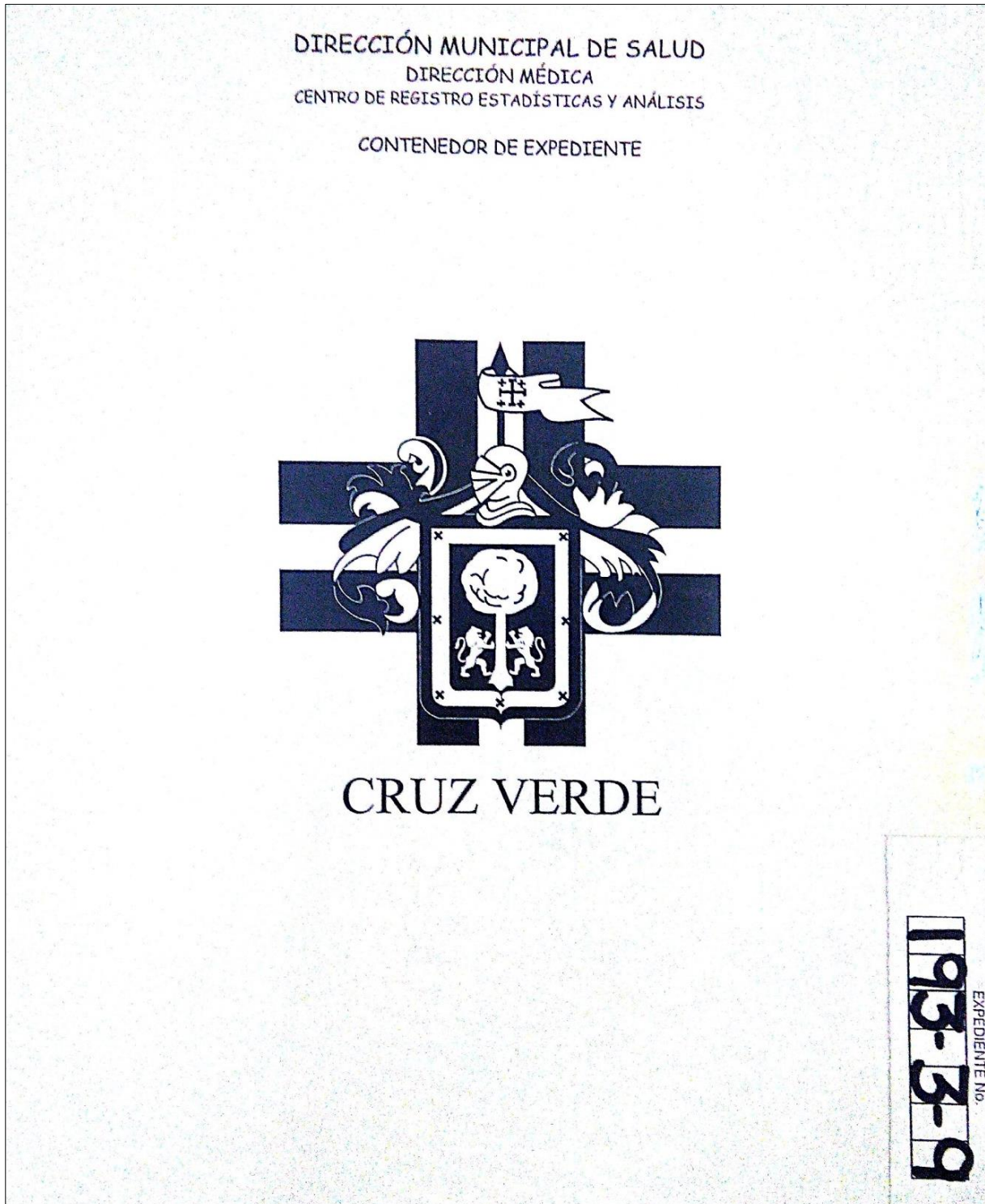
*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *


Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL			No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN							
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS													
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1	S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 04: Expediente Clínico (sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO


NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:		
LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/99

Anexo 06: Comprobante de donación



Banco de Sangre
 C.E.T.S. GUADALAJARA
 AV. ZOQUIPAN # 1050
 45170 ZAPOPAN, JALISCO Tel: 33 30306327

Donación:

No. Evaluación: _____
 No. Unidad: _____

Comprobante de Donación

El banco de sangre hace constar que el(la) C. _____
 se presentó a donar sangre a beneficio del paciente:

 atendido en el servicio de: ORTOPEdia

de: CRUZ VERDE GUADALAJARA, U. DELGADILLO ARAUJO

D O N A R S A N G R E , E S S A L V A R V I D A S

NO ENTENTAMENTE

RESPONSABLE BANCO DE SANGRE

Impresión: 25/08/2016 10:07:29
 RE-DON-05

Entregar al Paciente

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

Clave: 031P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre de 2016

Actualización: 16 de noviembre de 2016

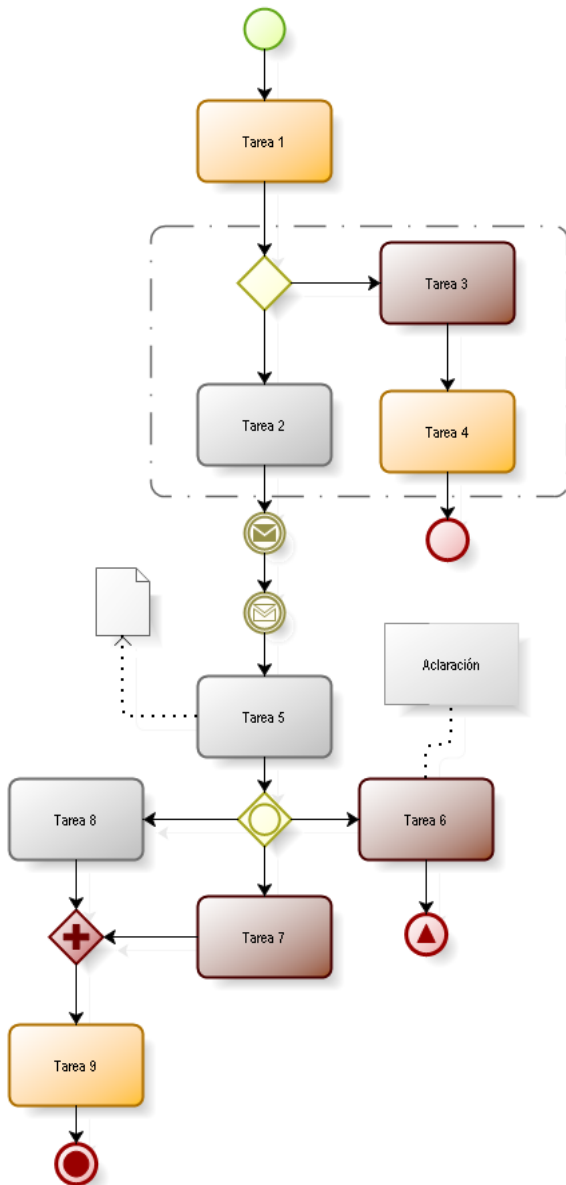
Autorización: **18 de noviembre del 2016**

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico responsable del Depósito de Sangre

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso. Imagen general, no incluye detalles.	5
6.- Desarrollo:	7
7.- Colaboradores:	10
8.- Definiciones:.....	11
9.- Documentos de Referencia:.....	11
10.- Formatos Utilizados:	11
11. Descripción de Cambios	11
Anexos	13



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

Clave: 031P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre de 2016

Actualización: 16 de noviembre de 2016



1.- OBJETIVO

Contar con un instrumento estandarizado que logre mayor eficiencia organizacional en la entrega y recepción de los hemocomponentes, llegando al paciente oportunamente.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia, con la entrega de o los hemocomponentes y termina cuando la unidad médica que transfundió regresa el marbete debidamente requisitado

Áreas que intervienen:

Los servicios de: Urgencias, Hospital, Quirófano y laboratorio de cada unidad y el Depósito de Sangre.

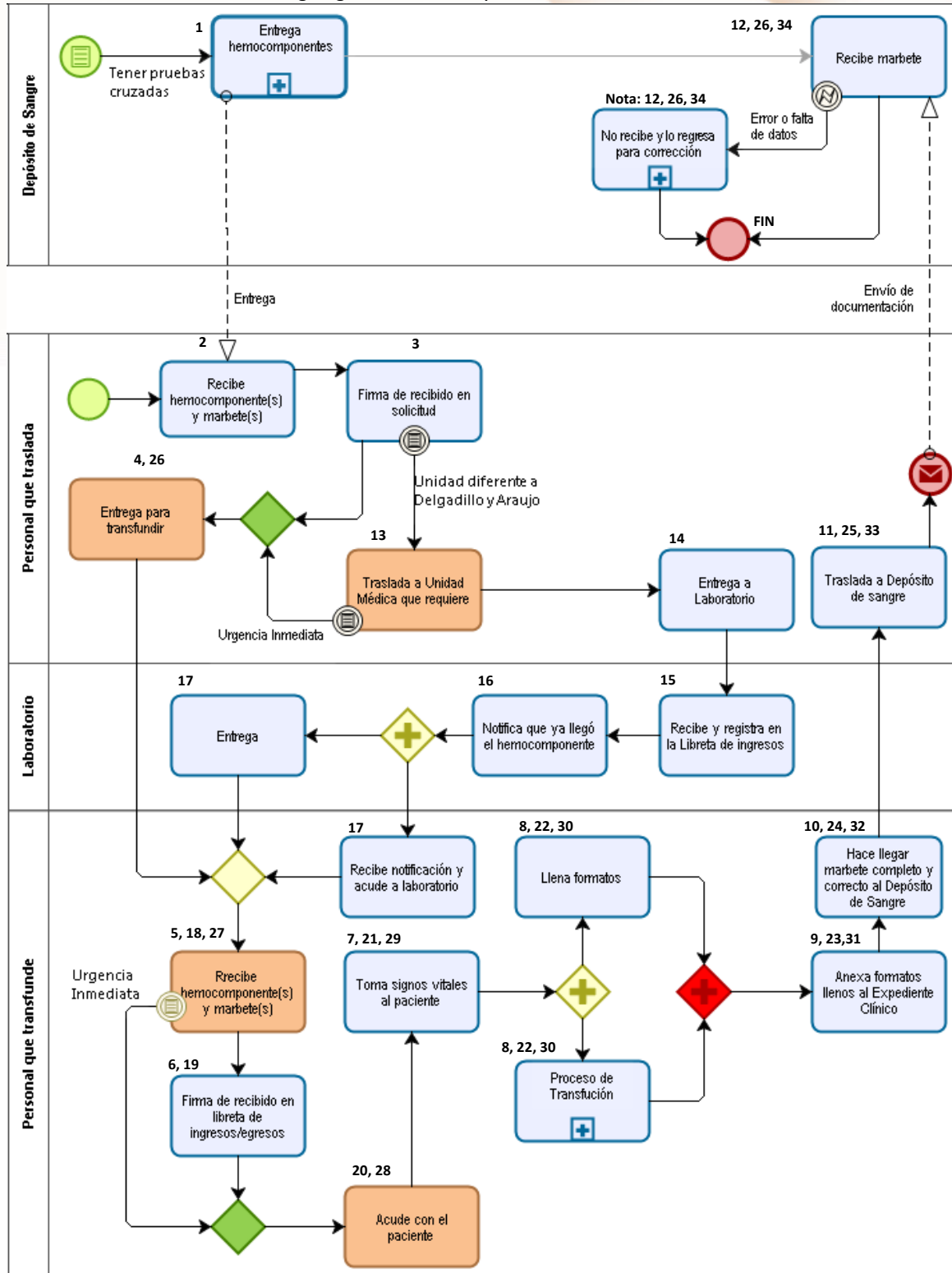
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Una vez que la solicitud de hemocomponentes se encuentra en el Depósito de Sangre, el personal de la Unidad Médica es el responsable de enviar al mensajero a Depósito de Sangre, otorgando el nombre completo del paciente y la cantidad y tipo de hemocomponentes requeridos en ese momento.
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero y venga de una Unidad Médica distinta a la Delgadillo y Araujo debe traer con él una hielera para mantener a temperatura adecuada el(los) hemocomponente(s).
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero debe identificarse con gafete Institucional o en su defecto con IFE.
- En caso de enviar a alguien que no sea trabajador de esta dependencia, avisar previamente al Depósito de Sangre, proporcionando el nombre de la persona que acudirá por el (los) hemocomponente(s).
- Es responsabilidad del personal de enfermería o de anestesiología, según sea el caso, la de transfundir, llenar los formatos, y hacerlos llegar al Depósito de Sangre en las siguientes 24 Hrs.
- En caso de urgencia inmediata y una vez estabilizado el paciente, el personal que transfundió debe completar el procedimiento ordinario (trámites administrativos).

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	Manual de Organización/Dirección de Servicios Médicos Municipales/clave: 007OG-DSMM_001
Funciones	
1.2 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
c)	Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas de hospitalización.
h)	Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica, de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.
j)	Definir, implantar y controlar estrategias e instrumentos administrativos necesarios, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de atención a urgencias médicas,
m)	En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Personal del Depósito de Sangre	Entrega el hemocomponente, el marbete y recaba firma de recibido en la solicitud.						
2.	Persona que traslada	Recibe el hemocomponente y el marbete.						
3.		Firma de recibido en la “ Solicitud de hemocomponentes ” ya sea ordinaria o urgente. (anexo 01A y 01B). Nota: Si se trata de una Unidad Médica distinta a Delgadillo Araujo, continúa en la actividad 13.						
4.		Entrega a quién va a transfundir o solicitó el hemocomponente						
5.	Personal que transfunde	Recibe hemocomponente y marbete. Nota: En caso de Urgencia inmediata continúa en la actividad no. 20.						
6.		Firma de recibido en la “ Libreta de ingresos/egresos ” (anexo 02).						
7.		Toma signos vitales al paciente Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.						
8.		De manera paralela se realizan las siguientes acciones:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.	Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Actividad	Entonces					
Por un lado		Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.						
Por el otro lado		Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. 						
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad								
9.	Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico” (anexo 06): <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y, • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
10.	Persona que transfunde	Hace llegar el "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.						
11.	Persona que traslada	Traslada el "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgado y Araujo.						
12.	Personal del Depósito de Sangre	<p>Recibe "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" debidamente requisitado</p> <p>Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo.</p> <p>Fin de procedimiento</p>						
13.	Persona que traslada	<p>Traslada hemocomponente a la Unidad Médica que lo requirió.</p> <p>Nota: Si es Urgencia Inmediata, pasa a actividad no. 27.</p>						
14.		Entrega el hemocomponente y marbete al Personal de Laboratorio de la unidad.						
15.	Personal de Laboratorio	Recibe y registra en la " Libreta de Ingresos/egresos " los datos que se piden						
16.		Notifica al personal médico o de enfermería que solicitó el hemocomponente que ya llegó su pedido.						
17.	Personal de Laboratorio y Personal que transfunde	<p>De manera paralela se realizan las siguientes acciones:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.	Por el otro lado	El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente
Actividad	Entonces							
Por un lado	La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.							
Por el otro lado	El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente							
18.	Personal que transfunde	<p>Recibe Hemocomponente y marbete</p> <p>Nota: Si fuera una urgencia inmediata, debe continuar en la actividad 20</p>						
19.		Firma de recibido en " Libreta de ingresos/egresos ".						
20.		Acude con el paciente						
21.		<p>Toma signos vitales al paciente</p> <p>Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.</p>						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
22.	Personal que transfunde	De manera paralela se realizan las siguientes acciones:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.	Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.							
Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. 							
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad								
23.		Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”: <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 						
24.		Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.						
25.	Persona que traslada	Traslada el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.						
26.	Personal del Depósito de Sangre	Recibe “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” debidamente requisitado Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo. Fin de procedimiento						
27.	Personal que transfunde	Recibe hemocomponente y marbete. Nota: En caso de Urgencia inmediata						
28.		Acude con el paciente						
29.		Toma signos vitales al paciente Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
30.	Personal que transfunde	De manera paralela se realizan las siguientes acciones:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.
		Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad	
31.		Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”: <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 	
32.		Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.	
33.	Persona que traslada	Traslada el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.	
34.	Personal del Depósito de Sangre	Recibe “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” debidamente requisitado Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo. Fin de procedimiento	

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

•

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Fracción celular o acelular del tejido sanguíneo, separado de una unidad de sangre entera por métodos físicos. Por ejemplo, el plasma, concentrado de eritrocitos y concentrado de plaquetas.
Persona que traslada	Es quien tiene el rol de trasladar el(los) hemocomponente(s). Este puede ser personal médico, paramédico, de enfermería y encargado de mensajería. En su defecto, algún familiar del paciente capacitado.
Marbete	Formato de cartón tamaño ¼ carta, también nombrado Tarjeta de Reacción Transfusional que sirve para evidenciar si existió una reacción adversa a la transfusión. Instrumento para evidenciar la transfusión a un paciente determinado bajo supervisión médica y/o de enfermería.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA-2012	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N. A.	Anexo 01A	Solicitud de hemocomponentes ordinaria
N. A.	Anexo 01B	Solicitud de hemocomponentes urgente
N. A.	Anexo 02	Libreta de ingresos/egresos
RE-DON-02	Anexo 03	Marbete o Tarjeta de reacción transfusional
N. A.	Anexo 04	Hoja de registro de actos transfusionales
N. A.	Anexo 05	Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería
N. A.	Anexo 06	Expediente Clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	16/11/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN



ANEXOS





Anexo 01A: Solicitud Ordinaria de hemocomponentes

Anverso

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200												
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA						
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES		PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI		NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)											
CONCENTRADO DE ERITROCITOS					FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS														
PLASMAS FRESCO CONGELADO														
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS					NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS					En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO														
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
			S1		S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:	
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico					
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H														
Firma:														

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	

Anexo 01B: Solicitud Urgente de Hemocomponentes

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200										
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor									
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.									
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA		REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO					*Dato requerido							
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA		FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE		FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
		S1	S2									
Información Importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA												
Hora: 24:00 H												
Firma:												

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA							
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS				NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo				NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			
FECHA		HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS				NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo				NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			
FECHA		HORA		FECHA		HORA	

Anexo 02: Libreta de Ingresos/egresos
(Parte 1)

No Unidad	Fecha	Paecil	Nombre del Donador	Grupo y Rh	temperatura	Volumen (ml)	Anticócl	U.H.	S. pills	Clonaz	Hepatitis	Birela	Uto	Diagnostico	Receptor

(Parte 2)

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
Nombre del Receptor		Grupo y Rh		Unidad Cívica Urd.		Servicio		Expedient		Cama		Medicame solicit		Personal que recibe		Cargo		Fecha		Horn		Observaciones																																																																				

Anexo 03: Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional

Nombre del Receptor _____ Registro _____ Edad _____ Sexo _____ Piso/Cama _____ Servicio _____ Fecha Nac. _____ C. DE ERITROCITOS <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO <input type="checkbox"/> C.E. DESLEUCOCITADO <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADOS <input type="checkbox"/> C. DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> C. DE PLAQUETAS POR AFERESIS <input type="checkbox"/>				
SIGNOS VITALES				
HORA DE TRANSFUSION	T/A	PULSO	F. RESPIRAT.	TEMPERATURA
PRE				
DURANTE				
DESPUES				
REACCIONES O EVENTO ADVERSO				
NINGUNA <input type="checkbox"/>	CEFALEA <input type="checkbox"/>	Sat 02 <input type="checkbox"/>		
FIEBRE <input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR <input type="checkbox"/>	HIPOTENSION <input type="checkbox"/>		
ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/>	DISNEA <input type="checkbox"/>	PEPÍDIDA DE LA CONCIENCIA <input type="checkbox"/>		
HIPOTENSION <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>	FALLA CARDIACA <input type="checkbox"/>		
NAUSEA <input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA <input type="checkbox"/>	ORTOPNEA <input type="checkbox"/>		
VOMITO <input type="checkbox"/>	CIANOSIS <input type="checkbox"/>	EDEMA EXT. INF. <input type="checkbox"/>		
URTICARIA <input type="checkbox"/>	RASH <input type="checkbox"/>			
Nombre y Firma de quien transfunde _____ Fecha _____				
UNA VEZ COMPLETADA LA TRANSFUSIÓN, DEBE COMPLETAR ESTE LADO Y REGRESAR LA TARJETA AL BANCO DE SANGRE. NOM 253-SSA1-2012				

SECRETARÍA DE SALUD CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA Av. Zoquiapan No. 1050 Col. Seattle Zapopan, Jalisco Tels. (33) 30-30-63-27 y (33) 36-36-76-67	CODIGO
	RE-DON-02
	REVISION
	1
Nombre del Donador _____	
Gpo. _____ Rh _____ Fenotipo Rh _____	
Fecha de extracción _____ Fecha de Caducidad _____	
No. DE CAMA	NOMBRE DEL RECEPTOR

Procedimiento de entrega-recepción de
hemocomponentes



Anexo 04: Hoja de registro de actos transfusionales

**SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO**

**REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES
AGREGAR ESTA HOJA AL EXPEDIENTE NOM-253-SSA1-2012**

*De no registrar las transfusiones en este formato, será acreedor a una sanción.


Nombre del Receptor: _____ No. Expediente _____ Seg. Pop _____
 Género: _____ Edad: _____ F. Nacimiento: _____ Cama: _____ Sala/Piso: _____ Servicio: _____
 Grupo/Rh: _____ Médico que indicó la transfusión: _____ Cédula: _____ Firma: _____
 Diagnóstico de Certeza o Probabilidad: _____ Motivo de la Indicación Transfusional: _____

Fecha	Tipo Producto	No. Unidad	SIGNOS VITALES				Fecha y Hora inicio/ término	Volumen transfundido	Nombre y firma personal	Incidencias/ efectos adversos	Acciones tomadas (señale las que realiza)
			Hora	T/A	Pulso	FR					
			Antes Transf.					Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Durante					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Después Transf.					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Hora	T/A	Pulso	FR	T °C		Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.
			Antes Transf.					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Durante					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Después Transf.					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco de Sangre el remanente de 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	

BUENAS PRACTICAS DE TRANSFUSIÓN:

- NO CALENTAR NINGÚN HEMOCOMPONENTE PARA ADULTOS
- NO ADMINISTRE MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD POR LA MISMA VÍA.
- EL TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS NO DEBE EXCEDERSE 4 HORAS.
- VERIFICA NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD Y PACIENTE.
- REGISTRA TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO
- AL NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESAR AL BANCO DE SANGRE ANTES DE TRANSCURRIDA 1 HORA FUERA DE SU TEMPERATURA IDEAL (2-6°C)

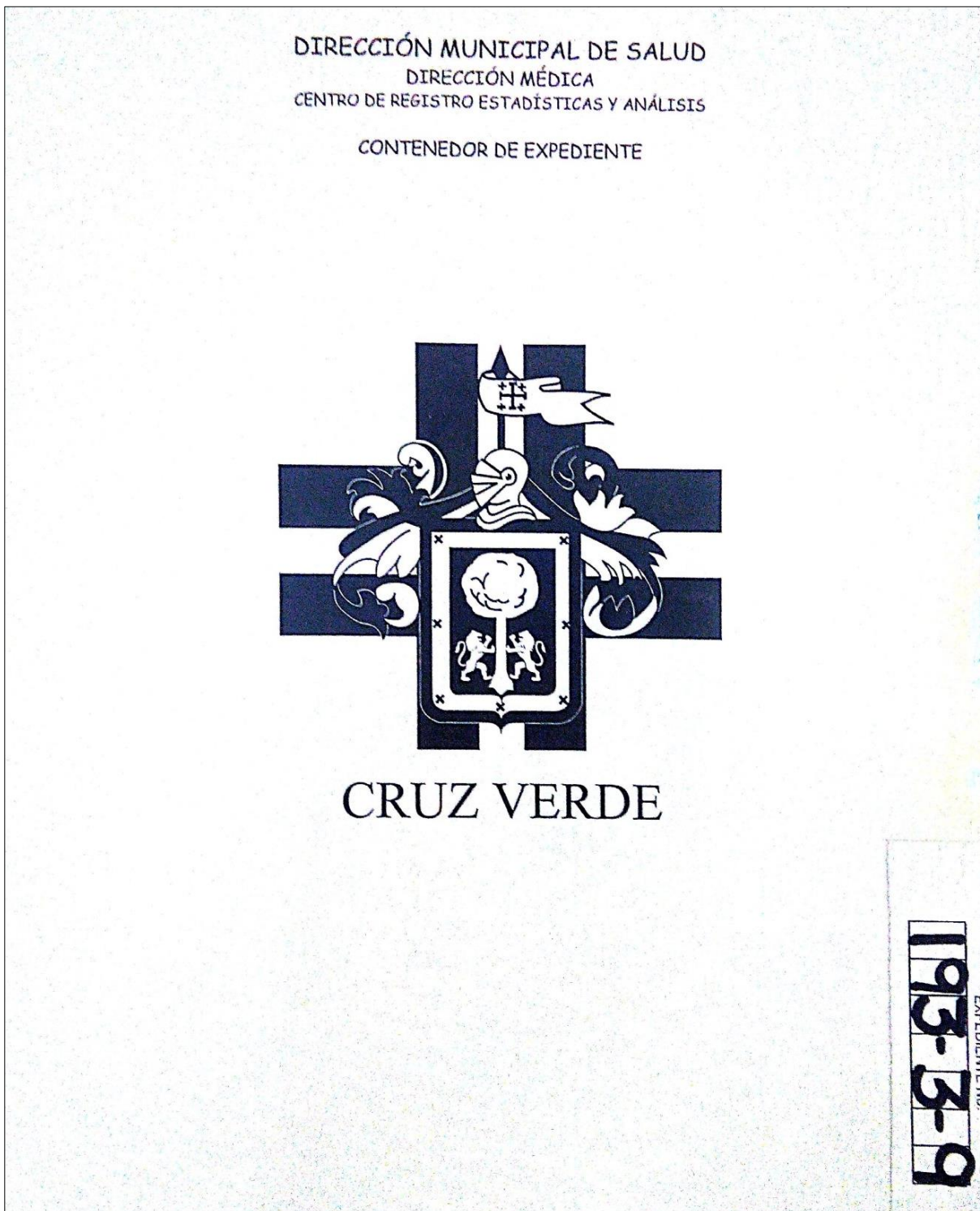
Anexo 05: Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería
Anverso


		H. AYUNTAMIENTO DE GUADALAJARA																Nombre:					
		DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS																N. de Registro:					
Registros clínicos, Tratamientos y observaciones de Enfermería		JEFATURA DE ENFERMERIA																Edad: Sexo:					
																		Servicio:					
																		Diagnóstico: cama:					
Fecha:																							
F.C	F.R	T.C	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	4				
170	36	41																					
160	34																						
150	32	40																					
140	30																						
130	28	39																					
120	26																						
110	24	38																					
100	22																						
90	20	37																					
80	18																						
70	16	36																					
60	14																						
50	12	35																					
Tensión Arterial																							
C. Temperatura																							
F. Respiratoria																							
Peso																							
Talla																							
Perímetro																							
Dieta:																							
Líquidos orales:																							
Total																							
Líquidos																							
Parenterales																							
Electrolitos y Elementos																							
Sanguíneos																							
Sol. I.V																							
Medicamentos I.V																							
Otros																							
Total de Ingresos																							
Uresis																							
Evacuaciones																							
Vomito, succión																							
Drenajes																							
Laboratorio																							
Reactivos																							
Estudios																							
Operaciones																							
Total de Egresos																							

Reverso

M A T			M A T			M A T		
NOCT.	VESP.	MAT.	NOCT.	VESP.	MAT.	NOCT.	VESP.	MAT.
S E M O I C V A V N E S B O			Y N O A I T C U E L U O P V S E R			S A E D L A D I E C M N E T S I S A		
SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS		
FECHA			FECHA			FECHA		
SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS		
FECHA			FECHA			FECHA		

Anexo 06: Expediente Clínico (sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:		
LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/99

Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas

Clave: 051P-SD3_001

Documentación: 08 noviembre de 2017

Actualización: 22 de noviembre del 2017

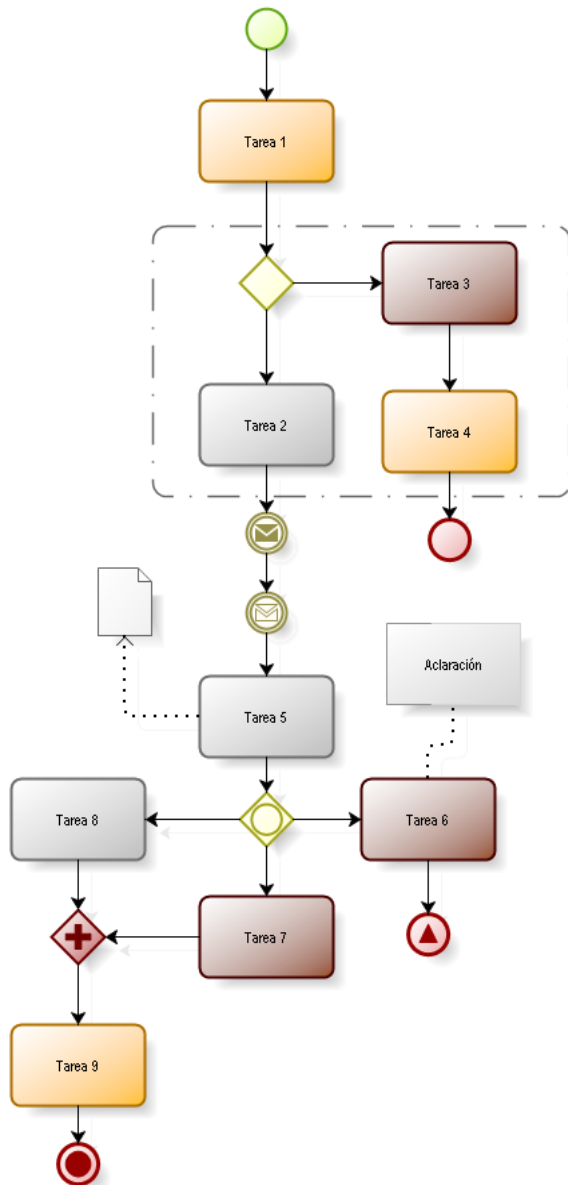
Autorización: 24 de noviembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Rúbrica

Elaboró:

DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico a cargo del Depósito de Sangre

Rúbrica

Vo. Bo.:

DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe del Departamento de Innovación y Desarrollo

Rúbrica

Aprobó:

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

Rúbrica

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios	8
Anexos.....	9



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas

Clave: 051P-SD3_001

Documentación: 08 noviembre de 2017

Actualización: 22 de noviembre del 2017



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para la recepción de solicitudes para pruebas cruzadas en el depósito de sangre..

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando recibe una solicitud y muestra adecuadas para realizar pruebas cruzadas y termina cuando se colocan las etiquetas con folio de la solicitud en los tubos de la muestra y solicitud o cuando se regresa la solicitud por no cumplir y le notifica al médico responsable de la misma. .

Áreas que intervienen:

Depósito de Sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. La forma correcta de llenado de solicitud, los formatos que le deben acompañar y la descripción de la muestra adecuada se encuentran detallados en el **029P-SD3 "Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes"**
3. En caso de regresar la solicitud por no cumplir, es responsabilidad del químico en turno notificarle al médico a cargo del depósito de sangre la situación.
4. Las muestras que se entreguen en el Laboratorio de Análisis Clínicos o, en el Depósito de Sangre y éstas se encuentren carentes de rotulo, deben tirarse (desecharse) de inmediato a RPBI, ello en apego a la norma en materia de disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Únicamente se procesarán muestras y se recibirán documentos cuando la muestra cumple con todos los requisitos.
5. En caso de Urgencia, el personal médico podrá solicitar verbalmente las pruebas cruzadas y hemocomponentes, siempre y cuando envíe el consentimiento informado y la muestra conforme a requisitos, en el entendido de que, al finalizar la urgencia, el personal médico solicitante, debe completar los requisitos del proceso de solicitud ordinario, con la finalidad de conformar: Expediente clínico y el expediente del Depósito de Sangre.

Nota:

En caso de que en Depósito de Sangre ya se cuente con una muestra del paciente de no más de 48 horas, puede prescindir de la nueva muestra y del consentimiento.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

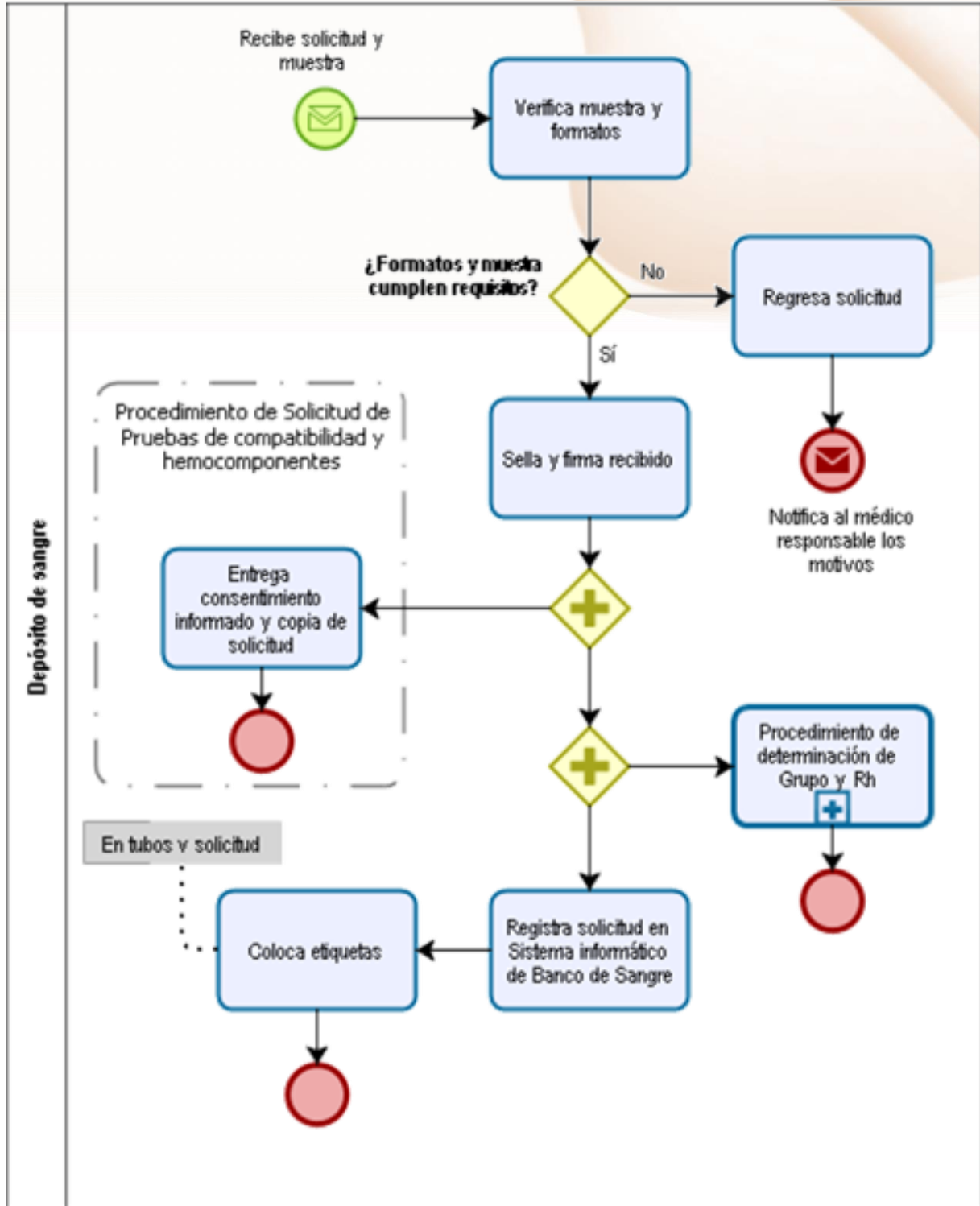
6. Toda solicitud de pruebas cruzadas para paciente de cirugía programada debe entregarse al Depósito de Sangre con un mínimo de 24 horas de anticipación, en un horario de: antes de las 12:00 horas si el evento quirúrgico es en el turno matutino y antes de las 24:00 horas si el evento quirúrgico será en el turno vespertino.
7. Los hemocomponentes cruzados se apartarán, sólo por 24 horas, por lo que, en caso de posponer una cirugía, deben avisar de manera verbal al Depósito de Sangre para respetar sus componentes y no realizar pruebas de compatibilidad con ellos para otros pacientes.
8. Cuando se reciban solicitudes de hemocomponentes urgentes y no se cuenten con suficientes en stock en Depósito de Sangre, se debe dar prioridad a la urgencia, por tanto, se realizan pruebas de compatibilidad con los hemocomponentes que ya estaban cruzados o destinados para transfundir a pacientes de manera ordinaria; y en cuanto se repongan nuevas unidades al Depósito de Sangre, se realizarán nuevamente pruebas a quienes se les había dejado sin hemocomponentes.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
C. Políticas rectoras: <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.	
1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.	
h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)	
f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,	
i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos,	
1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	
b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicos	
f) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas

Clave: 051P-SD3_001

Documentación: 08 noviembre de 2017

Actualización: 22 de noviembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico de turno	Recibe solicitud y muestra para cruzar						
2.		Verifica que la muestra sea adecuada y que los formatos estén debidamente llenados						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Formatos y muestra cumplen requisitos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Formatos y muestra cumplen requisitos?	Entonces	No	Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento	Sí	Continúa en la actividad siguiente
		¿Formatos y muestra cumplen requisitos?	Entonces					
No		Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento						
Sí		Continúa en la actividad siguiente						
3.	Sella y firma de recibido con fecha en los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Original y copia de “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” (ver anexo 01-A) u original y copia de “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” (ver anexo 01-B) ✓ “Hoja de consentimiento informado adulto” (ver anexo 02-A) u “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” (ver anexo 02-B) 							
4.	A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla:							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega copia de “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” o de la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” y la “Hoja de consentimiento informado adulto” u “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del “Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3”. Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Entrega copia de “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” o de la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” y la “Hoja de consentimiento informado adulto” u “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del “Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3” . Fin del procedimiento	Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente	
Tarea paralela	Entonces							
Por un lado	Entrega copia de “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” o de la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” y la “Hoja de consentimiento informado adulto” u “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del “Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3” . Fin del procedimiento							
Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente							
5.	A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla:							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el “Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3”. Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Realiza el “Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3” . Fin del procedimiento	Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente	
Tarea paralela	Entonces							
Por un lado	Realiza el “Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3” . Fin del procedimiento							
Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente							
6.	Registra la “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” o la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03)							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
7.	Químico de turno	Imprime las etiquetas de identificación que emite el "Sistema informático de banco de sangre"
8.		Coloque las etiquetas en lo siguiente: ✓ "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" y en, ✓ Tubo para muestra piloto del receptor. Fin del procedimiento

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Es un componente sanguíneo, por ejemplo: glóbulos rojos o eritrocitos, plasma fresco, plaquetas, etc.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
029P-SD3	Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
049P-SD3	Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

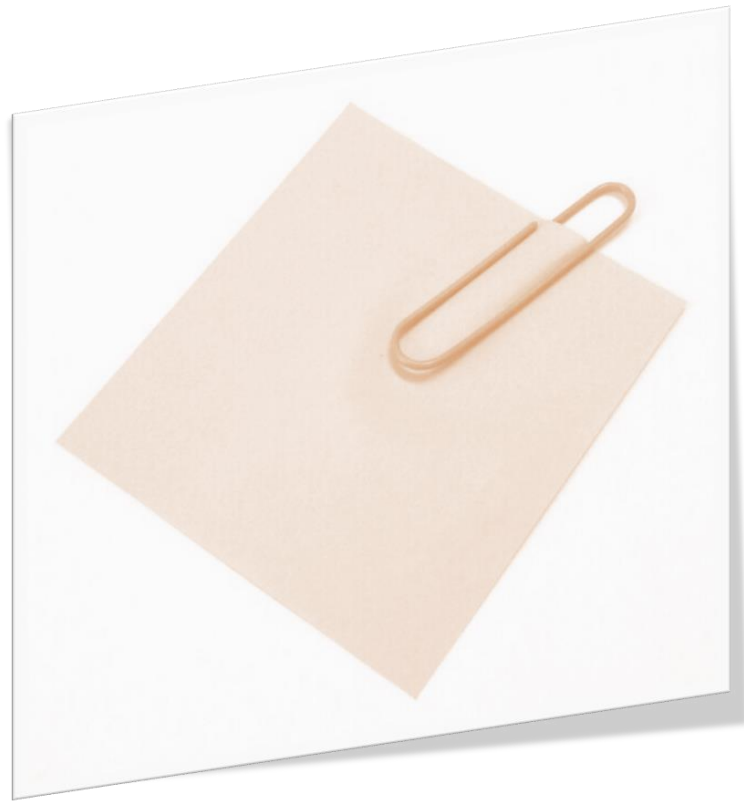
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01-A Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N.A.	Anexo 01-B Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 02-A Hoja de consentimiento informado adulto
N.A.	Anexo 02-B Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
N.A.	Anexo 03 Sistema informático de banco de sangre

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	08 noviembre de 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 01 A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO											
		SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS											
		MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última		*Valor requerido	SI NO							
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO						*Dato requerido							
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1	S2									
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA													
Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 01 B: Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
(formato sugerido)

Anverso



*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL				SERVICIO	PISO/SALA	CAMA				
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA				FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS													
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1		S2								
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													



Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA															
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.								
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad						
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO					
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS									
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>									
FECHA				HORA				FECHA				HORA			
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.								
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad						
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO					
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS									
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>									
FECHA				HORA				FECHA				HORA			



Anexo 02 A: Hoja de consentimiento informado de adulto
(formato sugerido)

 Guadalajara	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS	 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad			
Yo: _____					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) <u>PACIENTE</u>	EDAD	HOMBRE	MUJER
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	REGISTRO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	
Domicilio en:					
CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO
<p>Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.</p> <p>Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.</p> <p>Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo legitimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.</p>					
FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE					
En el caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.					
DATOS DEL MÉDICO					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) <u>MÉDICO</u>			
ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO	FIRMA	CÉDULA PROFESIONAL		
TESTIGO					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) <u>TESTIGO</u>	FIRMA		
CÉDULA PROFESIONAL (Si aplica)		No. ID. (Especificar: IFE, Cartilla, Licencia o Pasaporte)			
DOMICILIO: CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO
Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____ Tel: 12017200					

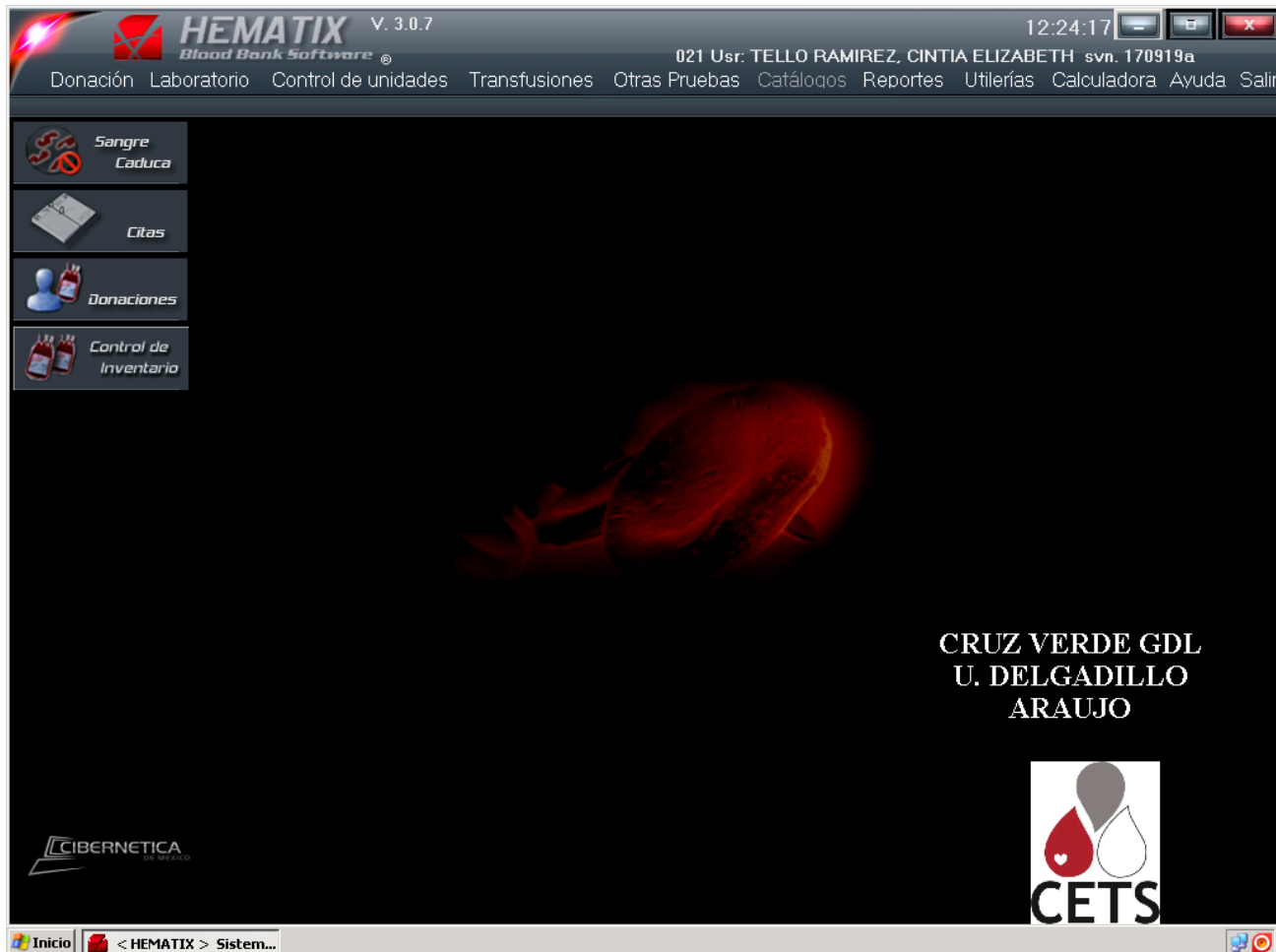
Anexo 02 B: Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
Anverso (formato sugerido)

 Guadalajara	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad
Causa por la que ejerce el consentimiento _____		Para: _____
PACIENTE: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
EDAD	MASC	FEM
REGISTRO	No. AFILIACION SEGURO POPULAR	SERVICIO
DIAGNOSTICO		
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO
TELEFONO (LADA)		
<u>QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)</u>		
YO:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
EDAD	HOMBRE	MUJER
OCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN (especificar tipo y número)		
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO
TELEFONO (LADA)	CORREO ELECTRONICO	
<p>Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.</p> <p>Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.</p> <p>Conociendo y entendiendo los riesgos, doy mi consentimiento por propia voluntad, con pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y productos sanguíneos para el paciente _____. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.</p>		

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE		
<p>En caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.</p>		
<p>Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____</p> <p>Tel: 12017200</p>		

 Guadalajara	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad
DATOS DEL MÉDICO		
MEDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO
		APELLIDO MATERNO
FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD
TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO
		APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD
		HOMBRE MUJER
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO
		TELEFONO (LADA)
TESTIGO		
TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO
		APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD
		HOMBRE MUJER
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO
		TELEFONO (LADA)

Anexo 03: Sistema informático de banco de sangre
(formato sugerido)



Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 049P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 16 de noviembre del 2017

Autorización: 24 de noviembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia

Autorizaciones

Rúbrica

Elaboró:

DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico Responsable del Depósito de Sangre

Dictaminó:

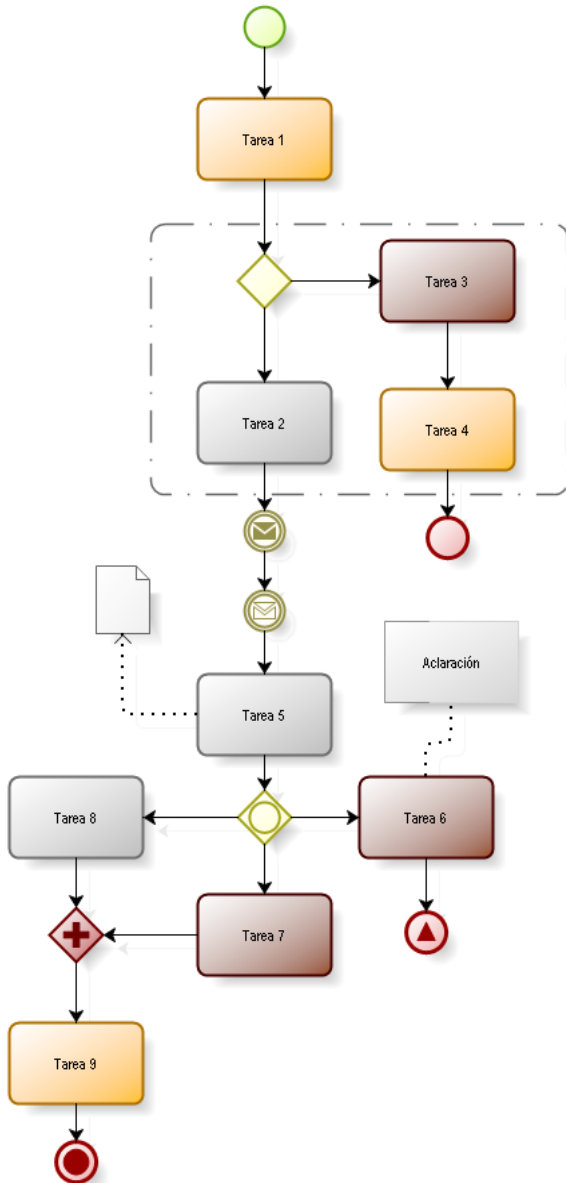
Rúbrica
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Aprobó:

Rúbrica
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

Rúbrica
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	10
11. Descripción de Cambios	10
Anexos.....	11



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 049P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 16 de noviembre del 2017



1.- OBJETIVO

Tipificar adecuadamente a los posibles receptores en los grupos ABO y Rhesus para poder seleccionar a un posible donador y proceder a realizar las pruebas de compatibilidad entre ellos.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento comienza ante la necesidad de hemotipificar y al tener una muestra adecuada, termina al obtener el grupo ABO y Rhesus del posible receptor.

Áreas que intervienen:

Depósitos de Sangre de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

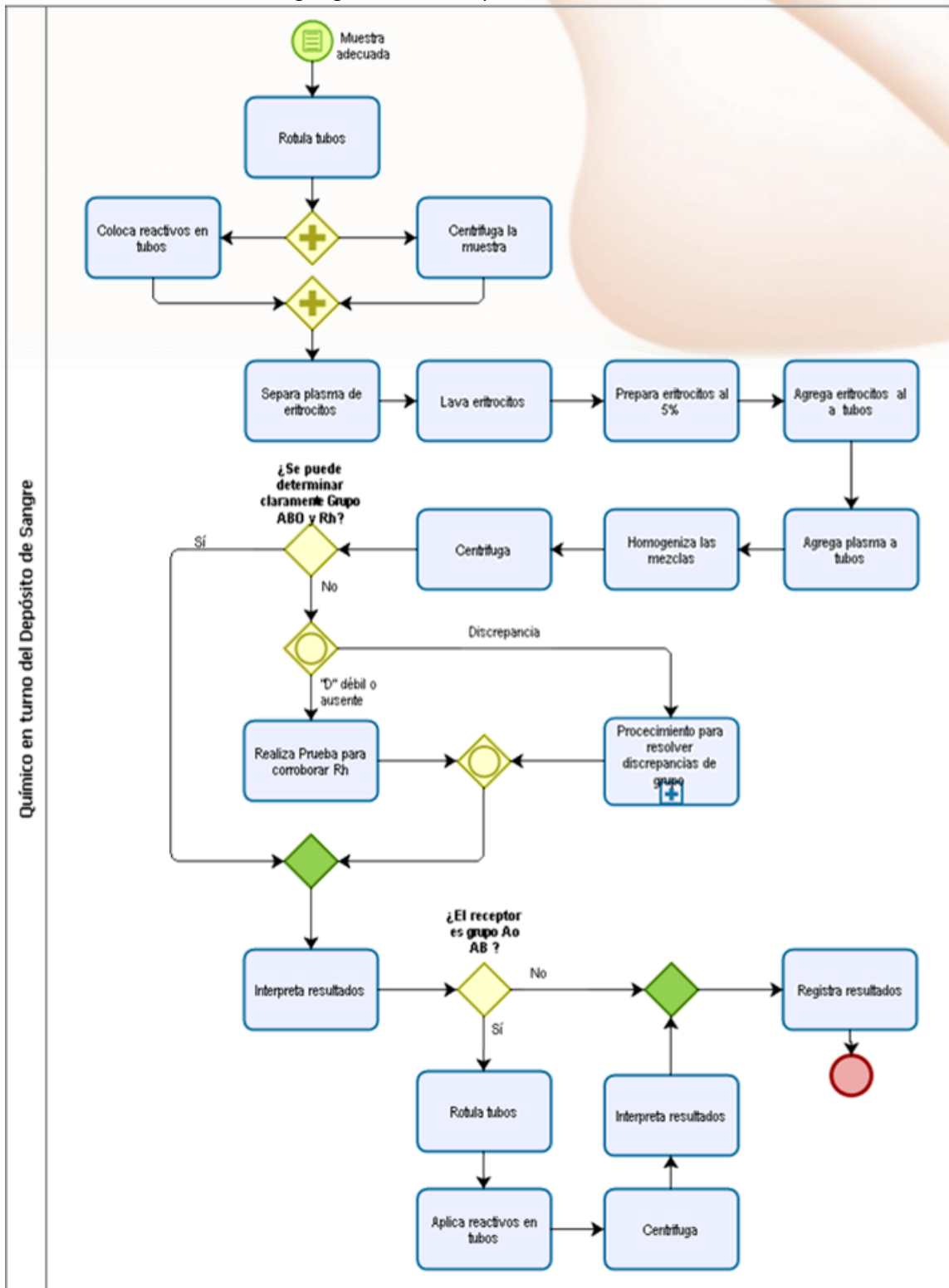
- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es obligación del químico utilizar guantes todo el tiempo que realice este procedimiento y/o manipule tubos con muestras sanguíneas.
- En caso de encontrar grupo Rhesus negativo en un receptor, el químico es responsable de notificar de inmediato al médico encargado del depósito de sangre, quien dará indicaciones acerca de los hemocomponentes que se destinarán al receptor dependiendo de las características clínicas de este último.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica. <p>1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none">c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
<p>1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none">f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos, <p>1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicosf) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 049P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 16 de noviembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico en turno	Una vez que tiene la muestra adecuada proveniente del " <u>Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3</u> "						
2.		Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. Nota: El tubo con solo iniciales es para el plasma.						
3.		A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Por un lado</td> <td>Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Por el otro</td> <td>Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad </td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad	Por el otro	Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad
Tarea paralela		Entonces						
Por un lado		Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad						
Por el otro		Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad						
4.		Separa plasma de la muestra centrifugada y colócalo en el tubo previamente rotulado con las iniciales del receptor. Nota: Antes de iniciar esta actividad, debes esperarte a terminar las actividades paralelas de la actividad anterior.						
5.		Lava eritrocitos: Vierte directamente al tubo morado sin plasma solución salina 0.9%, centrifugar un minuto a 3500 rpm. Retirar solución Salina. Nota: Tienes que repetir tres veces esta actividad						
6.	Prepara suspensión de eritrocitos al 5% con 20 gotas de solución salina 0.9% y una gota de eritrocitos del receptor, previamente lavados.							
7.	Agrega a los primeros 6 tubos (A, B, AB, D, CD, CM) una gota de suspensión de eritrocitos al 5%.							
8.	Agrega a los últimos cuatro tubos (A1, A2 B, O) dos gotas de suero o plasma.							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
9.	Químico en turno	Homogeniza las mezclas de los tubos con movimientos suaves.						
10.		Centrifuga a 3500 rpm. durante 30 segundos.						
11.		Analiza si se puede determinar claramente el grupo ABO y el Rh						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica la actividad 15</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?	Entonces	Sí	Aplica la actividad 15	No	Continúa en la siguiente actividad
		¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?	Entonces					
Sí		Aplica la actividad 15						
No		Continúa en la siguiente actividad						
12.		En este punto se puede presentar dos situaciones: que exista un "D" débil o ausente o, que exista alguna discrepancia						
		<p>Nota: Dichas situaciones o eventos pueden presentar ambas, o solamente una de ellas, por tanto, debe aplicar los caminos de los eventos que se presenten</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación que se presenta</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discrepancia</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>"D" débil o ausente</td> <td>Aplica la actividad no. 14</td> </tr> </tbody> </table>	Situación que se presenta	Entonces	Discrepancia	Continúa en la siguiente actividad	"D" débil o ausente	Aplica la actividad no. 14
		Situación que se presenta	Entonces					
Discrepancia		Continúa en la siguiente actividad						
"D" débil o ausente		Aplica la actividad no. 14						
13.		Realiza <i>"Procedimiento para resolver discrepancias de grupo ABO y Rh 050P-SD3"</i> .						
14.		Realiza prueba para corroborar Rh de la manera siguiente:						
		a) Destapa dos pocillos de la tarjeta DG Gel Coombs y rotula uno con la letra "D" y otro con la letra "C"						
		b) Rotula con el nombre del receptor.						
		c) Realiza solución de eritrocitos al 1% del donador.						
	d) Añade a cada uno de los pocillos 50 microlitros de la suspensión de eritrocitos al 1%.							
	e) Añade al pocillo "D" 50 microlitros del reactivo anti-D.							
f) Incuba durante 15 minutos a 37°C.								
g) Centrifuga durante 9 minutos.								
15.	Interpreta resultados.							
	<p>Nota: Si sucedieron las dos situaciones señalas en la actividad 12, debe esperar a terminar las actividades 13 y 14 para realizar esta actividad</p>							
16.	Determine si el receptor es del grupo "A" o del grupo "AB"							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿El receptor es grupo "A o, AB"?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continua en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 21</td> </tr> </tbody> </table>	¿El receptor es grupo "A o, AB"?	Entonces	Sí	Continua en la siguiente actividad	No	Aplica actividad 21	
	¿El receptor es grupo "A o, AB"?	Entonces						
Sí	Continua en la siguiente actividad							
No	Aplica actividad 21							
17.	Rotula dos tubos con iniciales del paciente, uno con la leyenda A1 y el otro con la leyenda A2.							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
18.	Químico en turno	Agrega una gota de Lectina anti A1 en el rotulado con A1 y dos gotas de Lectina anti-H en el rotulado con A2.
19.		Centrifuga 30 segundos a 3500 rpm y deja reposar por 5 minutos.
20.		Interpreta resultados
21.		Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 02) y en la “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh”. (ver anexo 03).
		Fin de procedimiento

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Rh	Siglas de Factor Rhesus es un sistema de identificación, para clasificar en un grupo la sangre de una persona. Se han identificado más de 45 antígenos de este sistema.
“D” débil o ausente	“D” Es el principal antígeno del sistema Rh. Es una proteína integral de la membrana de los eritrocitos o glóbulos rojos, su presencia en la sangre determina el Rh positivo y su ausencia el Rh negativo. “D” débil expresarse débilmente pero positivo.
Discrepancia	Incongruencia en los resultados del procedimiento para determinar grupo sanguíneo. Esto, por lo general es dado por detectarse grupos débiles, anticuerpos irregulares o autoinmunes que no permiten la identificación correcta del hemotipo.
Lectina	Proteína o glicoproteína natural de origen no inmune que pueden aglutinar células y son capaces de un reconocimiento específico para un determinado carbohidrato uniéndose reversiblemente, sin alterar la estructura covalente de los ligandos glicosídicos reconocidos.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
029P-SD3	Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
050P-SD3	Procedimiento para resolver discrepancias de grupo

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01-A Solicitud de pruebas cruzadas Urgente
N.A.	Anexo 01-B Solicitud de pruebas cruzadas Ordinaria
N.A.	Anexo 02 Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 03 Bitácora de grupo sanguíneo y Rh

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	18 de octubre de 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas Urgente (formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO											
		SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES		PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?						
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI		NO				
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO			*Dato requerido										
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
			S1		S2								
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	

Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
Anverso

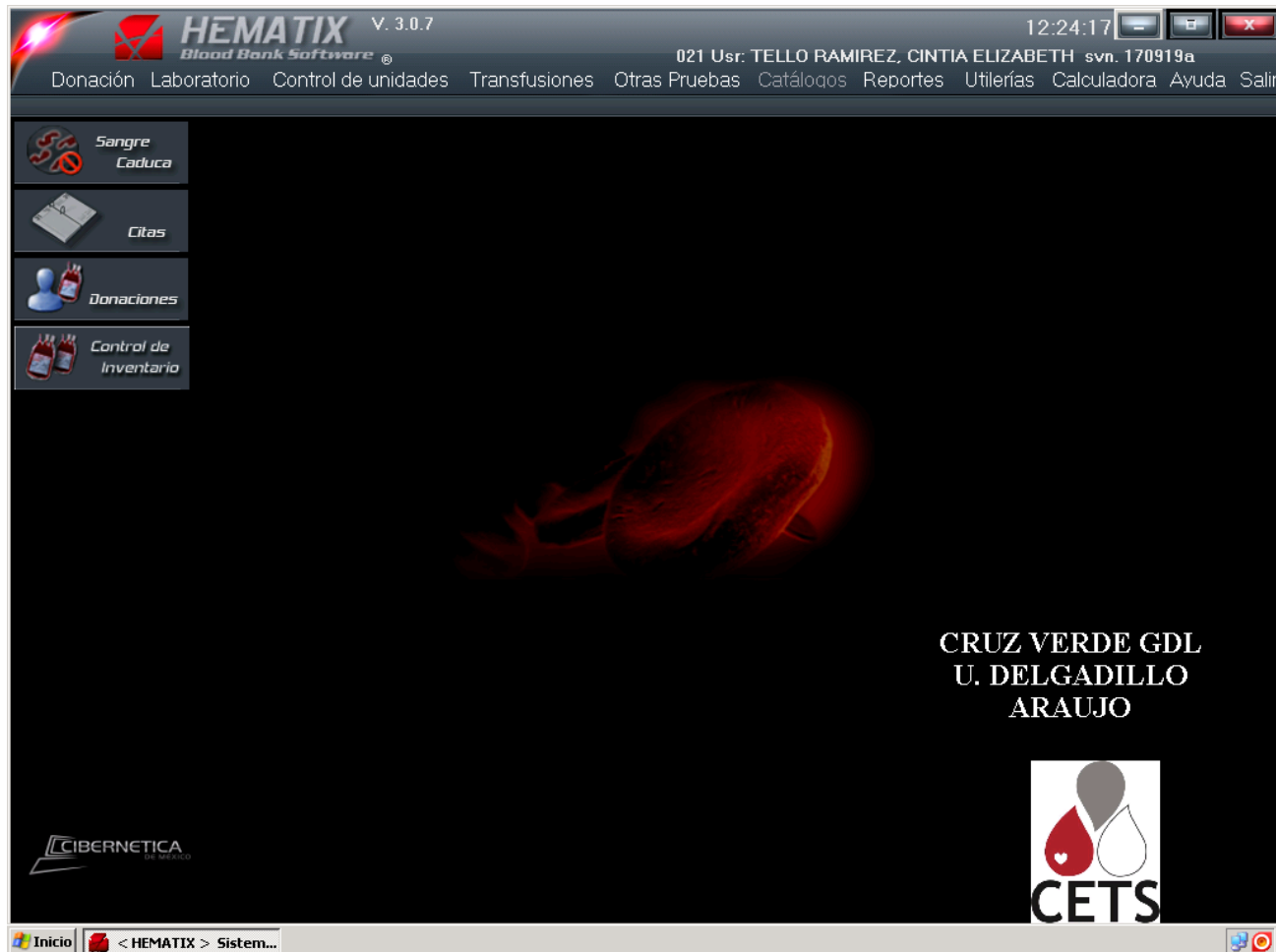
*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO											
		SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR				SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE				
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL				SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA				FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS													
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
			S1	S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 02: Sistema informático de banco de sangre
(formato sugerido)





Anexo 03: Bitácora de grupo sanguíneo y Rh (formato sugerido)

Fecha	C. U.	Servicio	Expediente	Paciente	Gpo. Directo		Lectina		Gpo. Inverso				AC	Ctrl. Rh	5SF	Result.	RH Directo	Realizó	Observaciones			
					Anti A	Anti B	Anti AB	Anti A1	Anti B1	Anti H	A1	A2								B	O	

Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 050-PSD3_001

Documentación: 27 de octubre del 2017

Actualización: 23 de noviembre del 2017

Autorización: 24 de noviembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia

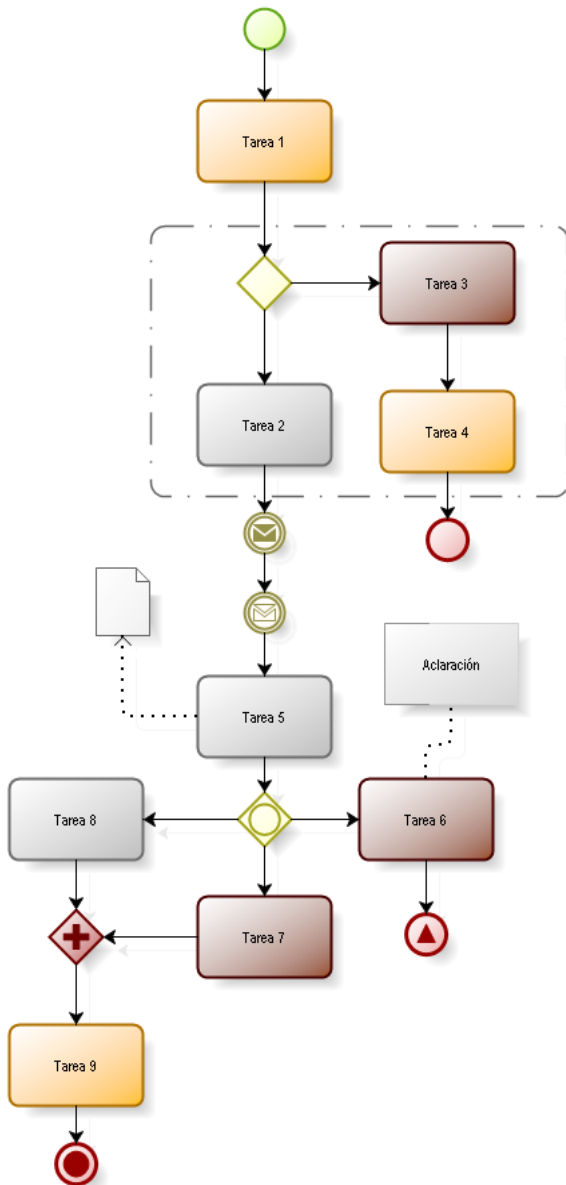
Autorizaciones

Elaboró: **Rúbrica**
DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico a cargo del Depósito de Sangre

Dictaminó: **Rúbrica**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Aprobó: **Rúbrica**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **Rúbrica**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	3
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	10
11. Descripción de Cambios	10
Anexos.....	11



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 050-PSD3_001

Documentación: 27 de octubre del 2017

Actualización: 23 de noviembre del 2017



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para la resolución de las discrepancias de grupo ABO y Rh en el depósito de sangre.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando tenemos una discrepancia de grupo ABO y Rh, termina cuando se resolvió la discrepancia estableciendo el hemotipo del receptor o al solicitar una nueva muestra del mismo para repetir procedimientos.

Áreas que intervienen:

Depósito de sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

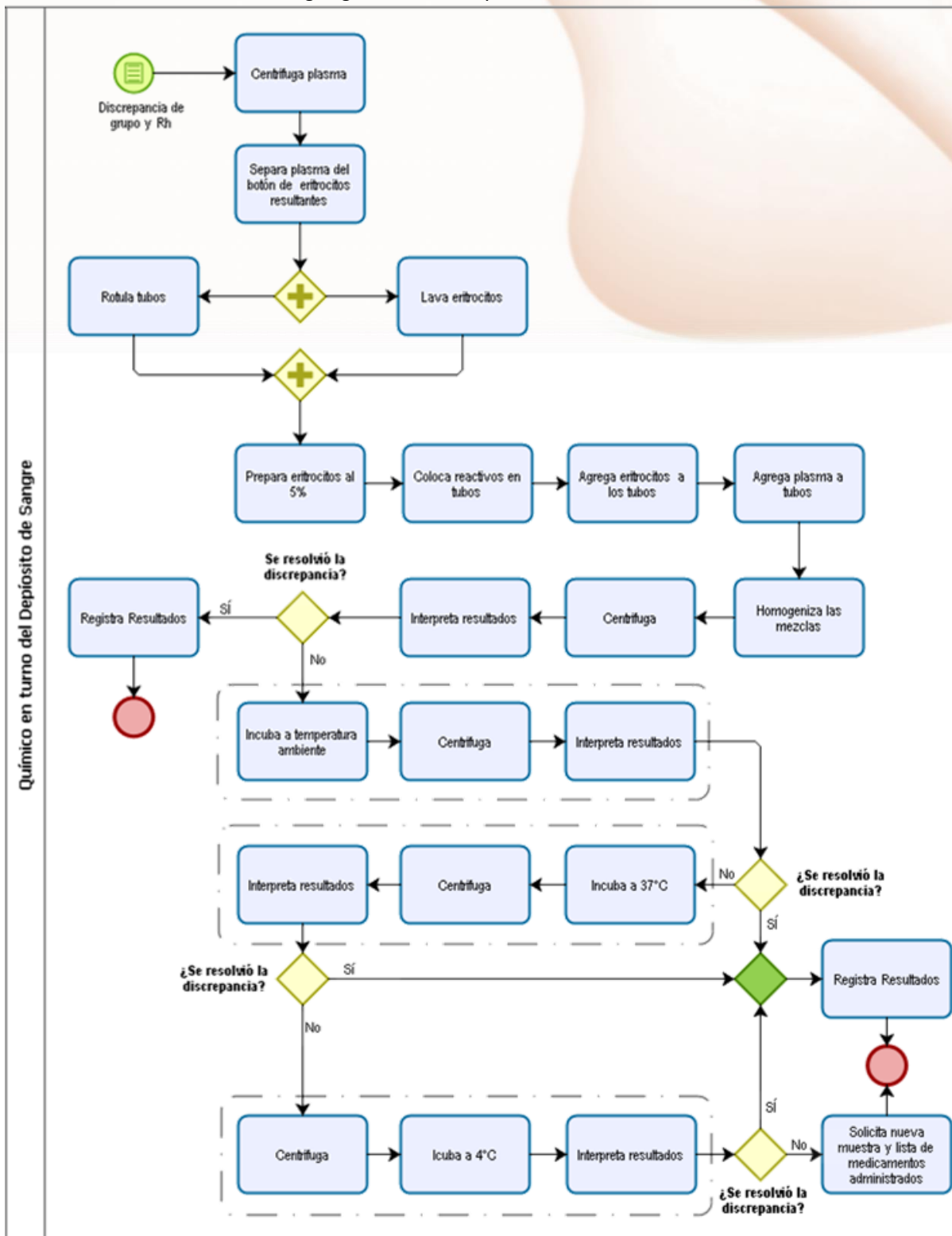
- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad y obligación del químico que elabora el procedimiento utilizar guantes de principio a fin del mismo.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.	
<p>1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none">c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
<p>1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none">f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos, <p>1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicosf) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 050-PSD3_001

Documentación: 27 de octubre del 2017

Actualización: 23 de noviembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad																												
1.	Químico de turno	Una vez que se tiene una muestra con discrepancia del <i>“Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo y Rh 049P-SD3”</i> , centrifuga el tubo con el plasma del receptor.																												
2.		Si se obtiene un botón de eritrocitos, separa el plasma del mismo y lo coloca en otro tubo que debe rotular con las iniciales del paciente.																												
3.		A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Por otro lado</td> <td>Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente	Por otro lado	Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente																						
Tarea paralela		Entonces																												
Por un lado		Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente																												
Por otro lado		Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente																												
4.		Una vez terminadas las dos actividades paralelas, prepara suspensión de eritrocitos al 5% con 20 gotas de solución salina 0.9% y una gota de eritrocitos del receptor.																												
5.		Dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Tubo</th> <th>Tarea a realizar</th> <th>Tubo</th> <th>Tarea a realizar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A:</td> <td>Coloca Anti- A</td> <td>A1:</td> <td>Célula de referencia A1</td> </tr> <tr> <td>B:</td> <td>Coloca Anti-B</td> <td>A2:</td> <td>Célula de referencia A2</td> </tr> <tr> <td>AB:</td> <td>Coloca Anti- AB</td> <td>B:</td> <td>Célula de referencia B</td> </tr> <tr> <td>D:</td> <td>Coloca Anti-D</td> <td>O:</td> <td>Célula de referencia O</td> </tr> <tr> <td>CD:</td> <td>Coloca Control-D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CM:</td> <td>Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tubo	Tarea a realizar	Tubo	Tarea a realizar	A:	Coloca Anti- A	A1:	Célula de referencia A1	B:	Coloca Anti-B	A2:	Célula de referencia A2	AB:	Coloca Anti- AB	B:	Célula de referencia B	D:	Coloca Anti-D	O:	Célula de referencia O	CD:	Coloca Control-D			CM:	Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%		
Tubo		Tarea a realizar	Tubo	Tarea a realizar																										
A:		Coloca Anti- A	A1:	Célula de referencia A1																										
B:		Coloca Anti-B	A2:	Célula de referencia A2																										
AB:	Coloca Anti- AB	B:	Célula de referencia B																											
D:	Coloca Anti-D	O:	Célula de referencia O																											
CD:	Coloca Control-D																													
CM:	Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%																													
6.	Agrega a los primeros seis tubos (A, B, AB, D, CD, CM) una gota de suspensión de eritrocitos al 5%.																													
7.	Agrega a los últimos cuatro tubos (A1, A2 B, O) dos gotas de suero o plasma.																													
8.	Homogeniza las mezclas de los tubos con movimientos suaves.																													
9.	Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm (revoluciones por minuto), durante 30 segundos.																													
10.	Interpreta resultado.																													
11.	Revisa si se resolvió la discrepancia en su primera instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la <i>“Solicitud de pruebas cruzadas”</i> (ver anexo 01-A y 01-B), <i>“Bitácora de grupo sanguíneo y Rh”</i> (ver anexo 02) y, en el <i>“Sistema informático de banco de sangre”</i> (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la <i>“Solicitud de pruebas cruzadas”</i> (ver anexo 01-A y 01-B), <i>“Bitácora de grupo sanguíneo y Rh”</i> (ver anexo 02) y, en el <i>“Sistema informático de banco de sangre”</i> (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente																							
¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces																													
Sí	Registra resultados en la <i>“Solicitud de pruebas cruzadas”</i> (ver anexo 01-A y 01-B), <i>“Bitácora de grupo sanguíneo y Rh”</i> (ver anexo 02) y, en el <i>“Sistema informático de banco de sangre”</i> (ver anexo 03). Fin de procedimiento																													
No	Continúa en la actividad siguiente																													

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
12.	Químico de turno	Incuba los tubos a temperatura ambiente durante 15 min.						
13.		Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm, durante 30 segundos.						
14.		Interpreta resultado.						
15.		Revisa si se resolvió la discrepancia en su segunda instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces					
Sí		Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento						
No		Continúa en la actividad siguiente						
16.		Incuba los tubos a 37°C (En incubadora) durante 15 min.						
17.		Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm, durante 30 segundos.						
18.		Interpreta resultado.						
19.		Revisa si se resolvió la discrepancia en su tercera instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces					
Sí		Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento						
No		Continúa en la actividad siguiente						
20.		Centrifuga todos los tubos a 3500 rpm, durante 30 segundos.						
21.		Incuba los tubos a 4°C (En el refrigerador de Concentrados Eritrocitarios) durante 15 min.						
22.		Interpreta resultado.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
23.	Químico de turno	Revisa si se resolvió la discrepancia en su cuarta instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita nueva muestra y lista de medicamentos que se le están administrando al paciente y, notifica situación al médico encargado del depósito. Fin de procedimiento</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Solicita nueva muestra y lista de medicamentos que se le están administrando al paciente y, notifica situación al médico encargado del depósito. Fin de procedimiento
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces					
Sí	Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento							
No	Solicita nueva muestra y lista de medicamentos que se le están administrando al paciente y, notifica situación al médico encargado del depósito. Fin de procedimiento							

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
EDTA	Es la forma de nombrar al ácido etilendiaminotetraacético. Trata de una sustancia usada como anticoagulante
rpm	Revoluciones por minuto
Sistema Informático de Banco de Sangre	Llamado HEMATIX, es el sistema de cómputo conectado en red con el banco de sangre donde se almacena y muestra información relacionada con los donadores, receptores y transfusiones realizadas.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
O49P-SD3	Procedimiento para la determinación el grupo sanguíneo ABO y Rh

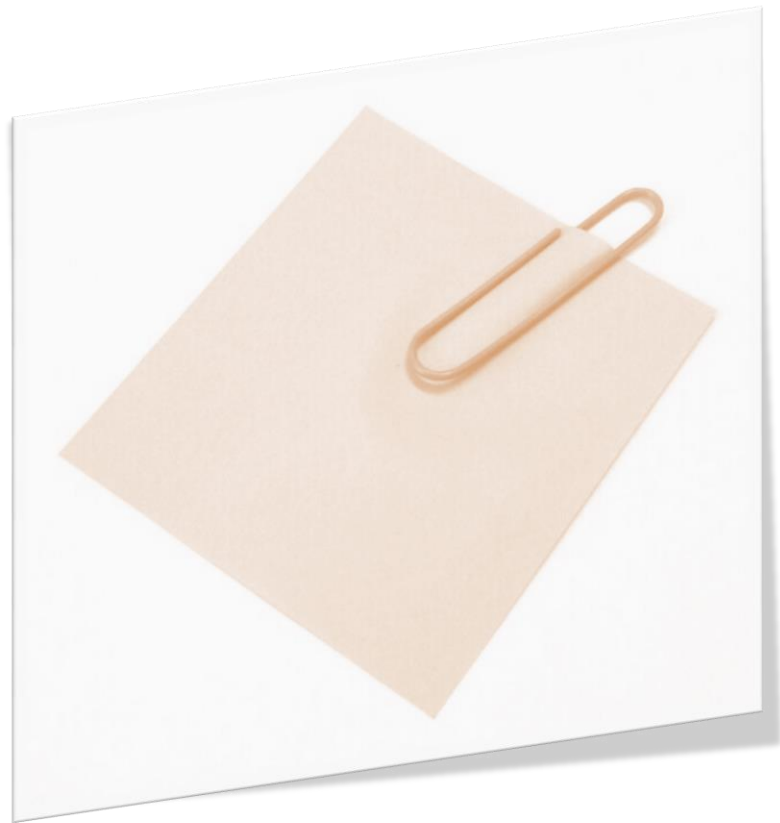
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N.A.	Anexo 01-A	Solicitud de pruebas cruzadas urgencias
N.A.	Anexo 01-B	Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 02	Bitácora de grupo sanguíneo y Rh
N.A.	Anexo 03	Sistema informático de banco de sangre

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	27 de octubre del 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN
2.			

ANEXOS





Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200										
NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor									
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO		*Dato requerido										
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
		S1	S2									
Información Importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H												
Firma:												



Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

**Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
(formato sugerido)**

Anverso

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		 SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS <small>MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200</small> 											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS													
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN								
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1		S2								
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico					
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

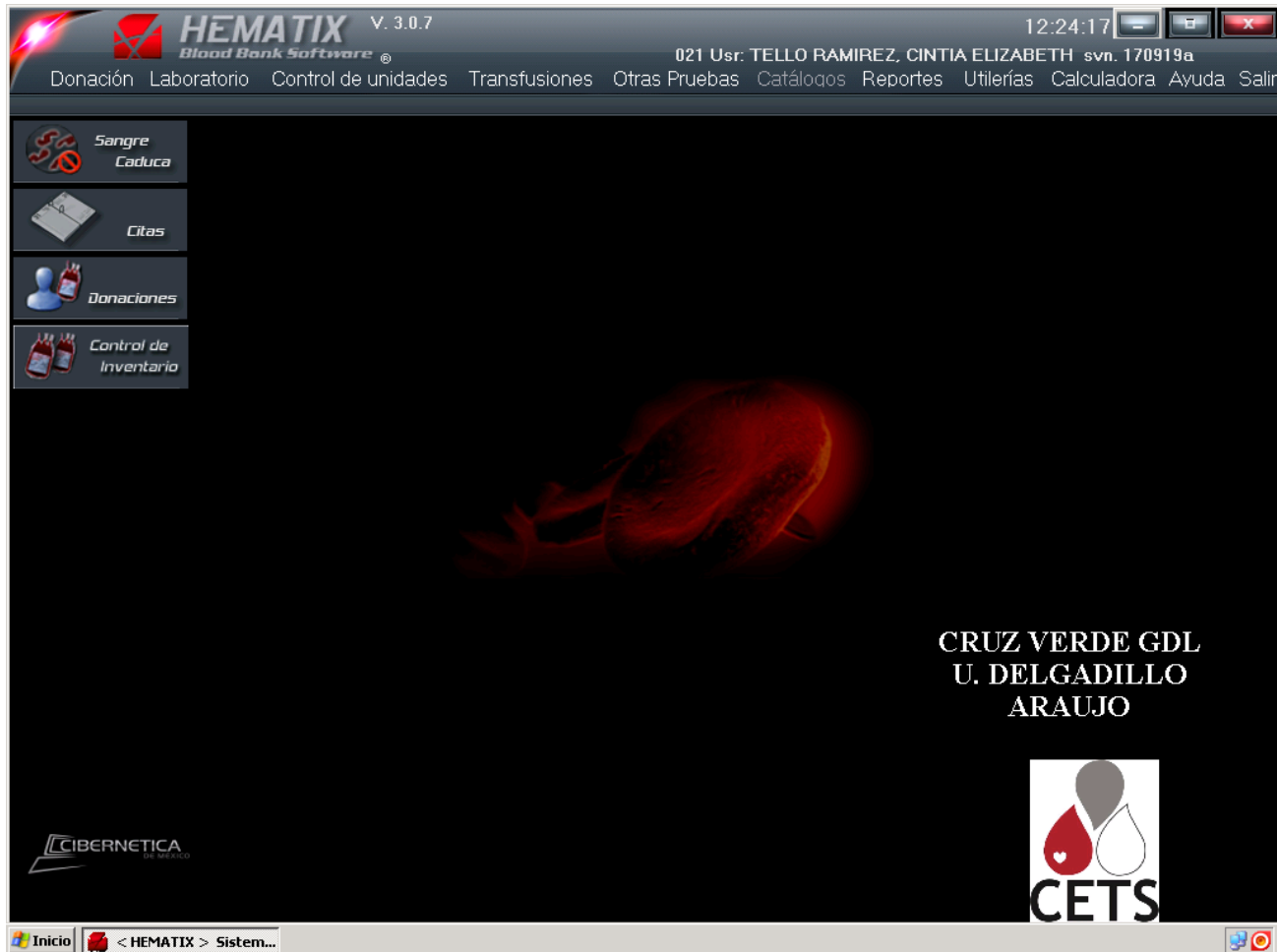
Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA											
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.				
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad		
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.				
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad		
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		

Anexo 02: Bitácora de grupo sanguíneo y Rh (formato sugerido)

Fecha	C. U.	Servicio	Expediente	Paciente	Gpo. Directo			Lectina			Gpo. Inverso				AC	Ctrl. Rh	SSF	Result.	RH Directo	Realizó	Observaciones	
					Anti A	Anti B	Anti AB	Anti A1	Anti A2	Anti H	A1	A2	B	O								

Anexo 03: Sistema informático de banco de sangre



Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea

Clave: 052P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de noviembre del 2017

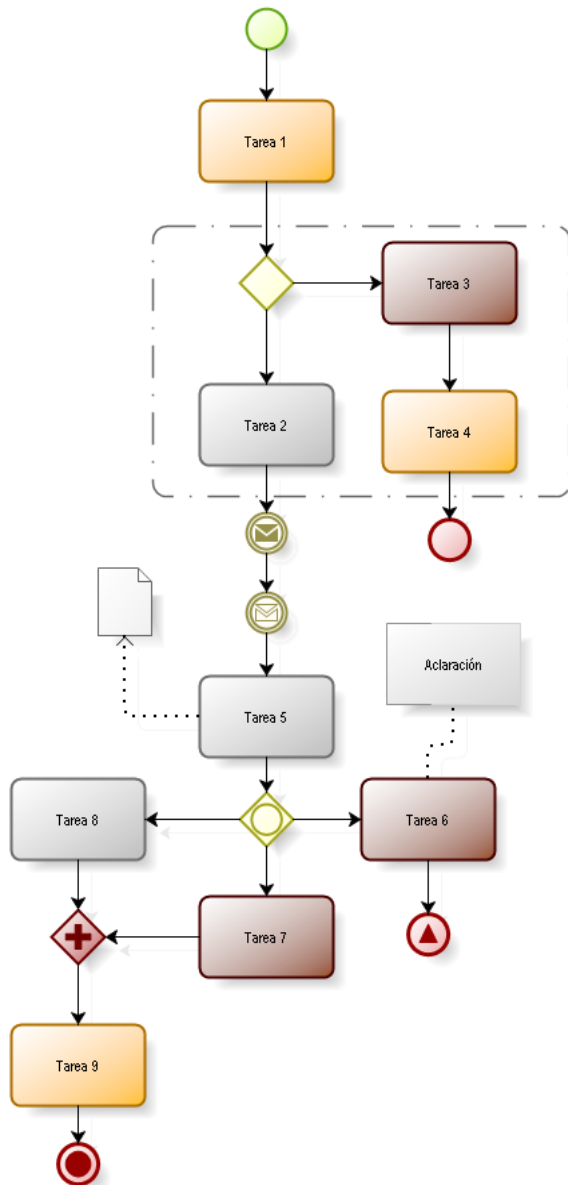
Autorización: 4 de diciembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Rúbrica

Elaboró:

DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico Responsable del Depósito de Sangre

Rúbrica

Dictaminó:

DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Rúbrica

Aprobó:

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Rúbrica

Autorizó:

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo.....	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	9
11. Descripción de Cambios.....	9
Anexos.....	11



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea

Clave: 052P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de noviembre del 2017



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para la realización de pruebas de compatibilidad en el depósito de sangre

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento comienza al tener el grupo ABO y Rhesus del receptor con una muestra adecuada y termina al registrar los resultados en las bitácoras y en el sistema informático de banco de sangre.

Áreas que intervienen:

Depósitos de Sangre de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

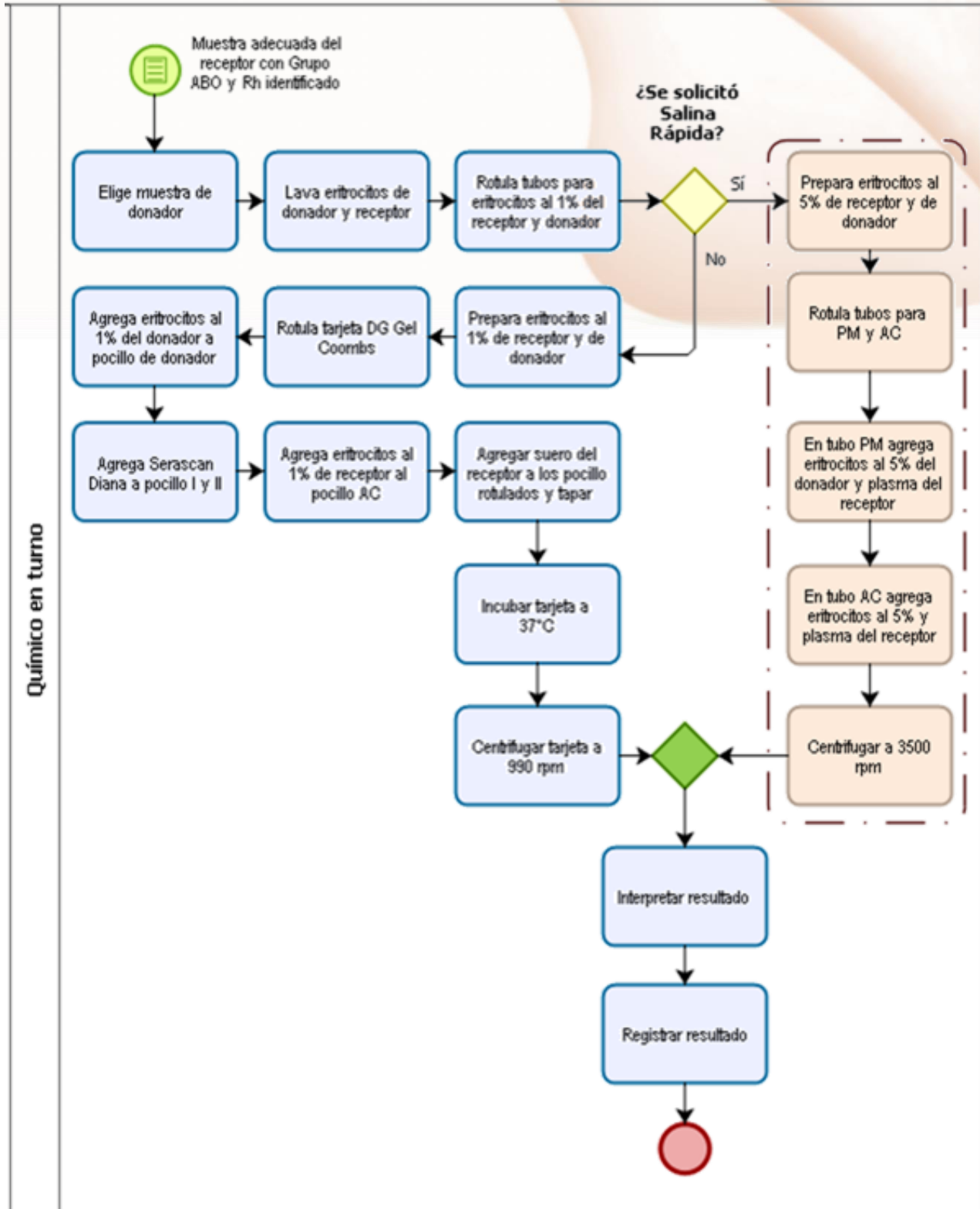
- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es obligación del químico utilizar guantes todo el tiempo que realice este procedimiento y/o manipule tubos con muestras sanguíneas.
- Cuando la muestra del donador que necesita para realizar las pruebas de compatibilidad no se encuentre en el tubo piloto, o en condiciones para trabajar con ella, es responsabilidad del químico que realiza el procedimiento: tomar una nueva tubular del hemocomponente del donador y vaciarla en el tubo piloto que se encuentra foliado con el mismo número de hemocomponente.
- En caso de que el tubo piloto no se encuentre foliado con la etiqueta, esté roto o dañado, es responsabilidad del químico que realiza el procedimiento: tomar un nuevo tubo, imprimir la etiqueta de tubo piloto mediante el sistema informático de banco de sangre, pegar la etiqueta en el tubo y verter el contenido de la tubular del hemocomponente en el mismo.
- Es imperativo que el químico que proceda a realizar pruebas de compatibilidad se cerciore de que el control de calidad de los reactivos se realizó en las últimas 24 horas y no haya reporte de falla en ninguno.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica. <p>1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none">c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
<p>1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none">f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos, <p>1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicosf) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea

Clave: 052P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de noviembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico en turno	Una vez que tenga la muestra adecuada y grupo ABO y Rh del receptor identificado, elige muestra en tubo piloto del donador						
2.		Lava eritrocitos de donador y receptor						
3.		Rotula dos tubos de la manera siguiente, para ello, debe apegarse al anexo 01: Tubo 1.- Iniciales del receptor con la leyenda 1%, por ejemplo: MARC 1% Tubo 2 y siguientes. – Últimos cuatro números de identificación del hemocomponente del donador con la leyenda 1%, por ejemplo: 316 1%						
4.		Verifica qué tipo de prueba de compatibilidad le indican en la “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” (ver anexo 02-A) o en la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” (ver anexo 02-B)						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se solicitó Salina Rápida?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 12</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se solicitó Salina Rápida?	Entonces	Sí	Continúa en la actividad siguiente	No	Aplica actividad 12
¿Se solicitó Salina Rápida?		Entonces						
Sí		Continúa en la actividad siguiente						
No		Aplica actividad 12						
5.		Prepara solución de eritrocitos al 5% de receptor y de donador en un tubo previamente rotulado (de cada uno), agrega 20 gotas de solución salina al 0.9% y una gota de los eritrocitos lavados.						
6.		Rotula un tubo con la leyenda PM (para Prueba Mayor) y otro con la leyenda AC (para Autocontrol)						
7.		En el tubo para prueba mayor agrega la suspensión de eritrocitos al 5% del donador y 2 gotas de plasma del receptor. Mezcla suavemente.						
8.		Agrega en el tubo para autocontrol, una gota de eritrocitos al 5% del receptor y dos gotas de plasma del receptor y, mezcla suavemente.						
9.	Centrifuga a 3,500 revoluciones por minuto (rpm) durante un minuto							
10.	Interpreta el resultado							
11.	Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” o en la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 04) y en la “Bitácora de grupo y Rh” (Ver anexo 05) Fin de procedimiento							
12.	Prepara solución de eritrocitos al 1% de receptor y de donador en un tubo previamente rotulado, agrega 500 microlitros de reactivo DG Sol y cinco microlitros de los eritrocitos lavados y, mezcla suavemente. Nota: Este paso se realiza una vez para el receptor y otra para el donador.							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
13.	Químico en turno	Rotula tarjeta DG Gel Coombs (debe apegarse al anexo 03) con lo siguiente, cada pocillo: a) Número de la Unidad del Donador b) SI (anticuerpos irregulares) c) SII (anticuerpos irregulares) d) AC (Autocontrol) e) Debajo de los rótulos a, b, c y d, escribir las iniciales del receptor.
14.		Agrega al pocillo rotulado con el número de Unidad 50 microlitros de la suspensión de eritrocitos al 1% del donador. Apique misma actividad tantas veces sea necesario, según el número de muestras de donador que requiera para cruzar.
15.		Agrega a los pocillos rotulados como SI y SII, una gota (50 microlitros) respectivamente de los reactivos Serascan Diana I y II
16.		Agrega al pocillo rotulado como AC, 50 microlitros de suspensión de eritrocitos al 1% del receptor.
17.		Agrega al final, 25 microlitros del suero del receptor a todos y cada uno de los pocillos rotulados y tapar.
18.		Incuba la tarjeta DG Gel Coombs durante 15 minutos a 37°
19.		Centrifuga la tarjeta DG Gel Coombs durante nueve minutos a 990 rpm
20.		Interpreta el resultado
21.		Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o en la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 04) y en la "Bitácora de grupo y Rh" (Ver anexo 05)
		Fin de procedimiento

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Compatibilidad sanguínea	Es la ausencia de una reacción inmunológica al unir o mezclar la sangre de un donador con la de un receptor.
Eritrocitos	También llamamos glóbulos rojos o hematíes, solo los elementos formes cuantitativamente más numerosos de la sangre.
rpm	Siglas que significan revoluciones por minuto.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA1-2012	Norma oficial mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Figura que representa la manera de rotular los tubos en la actividad No. 3
N.A.	Anexo 02-A Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N.A.	Anexo 02-B Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 03 Figura que representa la manera de rotular la tarjeta DG Gel Coombs en la actividad No. 11
N.A.	Anexo 04 Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 05 Bitácora de grupo y Rh

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	18 de octubre de 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea

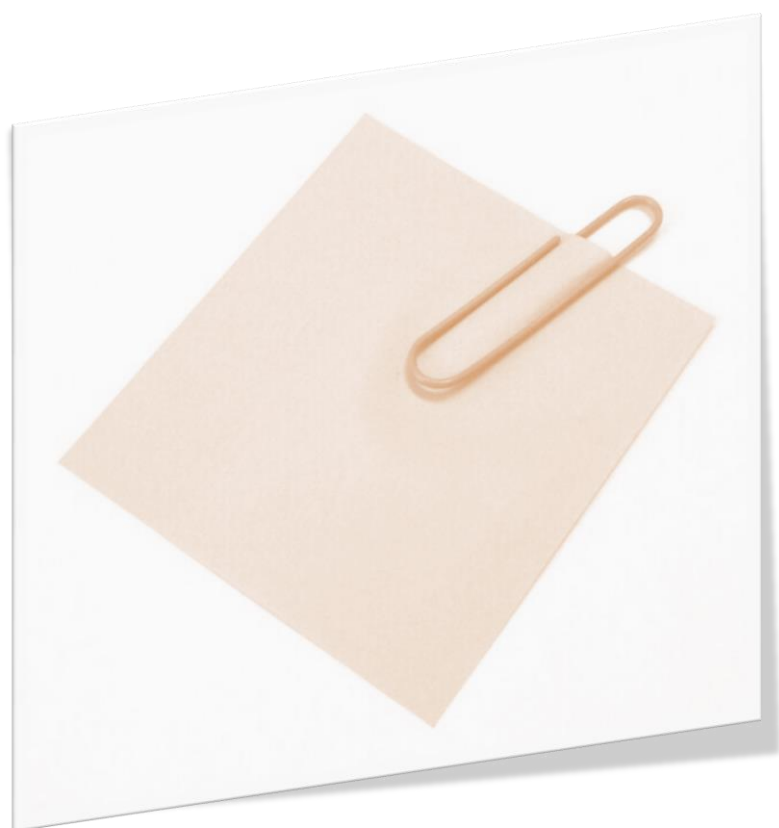
Clave: 052P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de noviembre del 2017

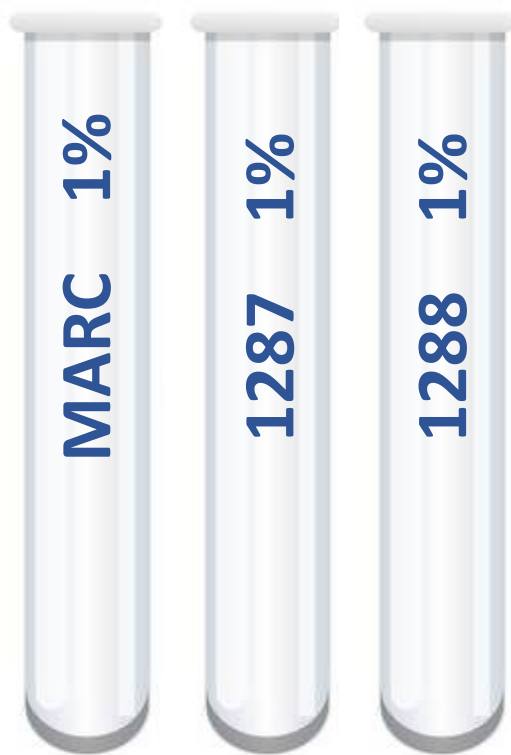


ANEXOS





Anexo 01: Figura que representa la manera de rotular los tubos en la actividad No. 3



Anexo 02-A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL				SERVICIO	PISO/SALA	CAMA				
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES		PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.											
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?								
PLASMAS FRESCO CONGELADO		*Dato requerido											
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1	S2									
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	AZ	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													



Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA											
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.				
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad		
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.				
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad		
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS					
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo					
FECHA			HORA			FECHA			HORA		

**Anexo 02-B: Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
(formato sugerido)**

Anverso

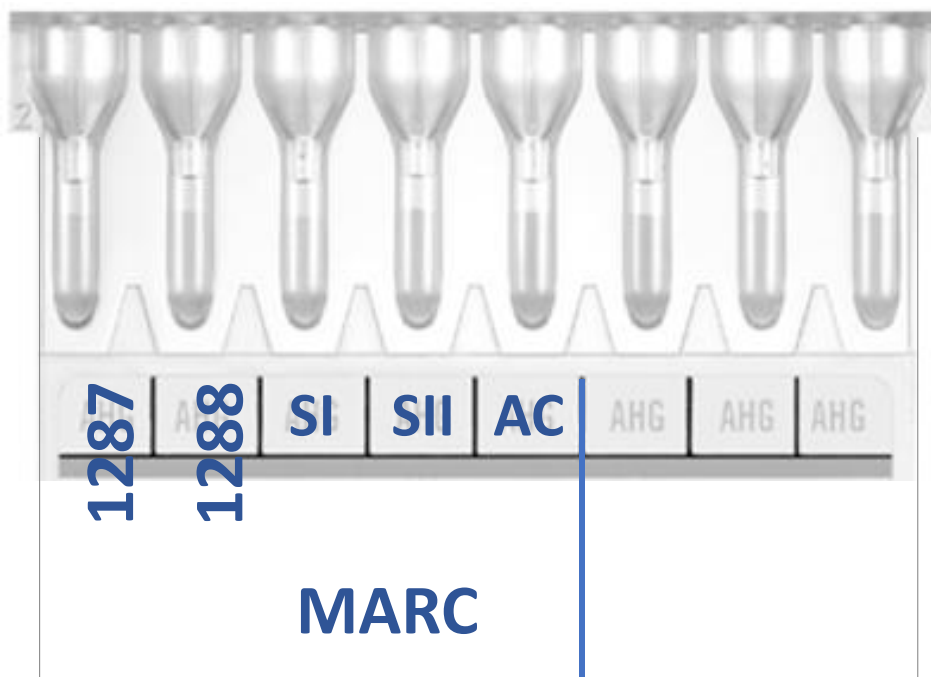
*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		 SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS <small>MARIANO BARCENAS 997, COL ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200</small> 											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA				FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
PLASMAS FRESCO CONGELADO			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
C. PLAQUETAS			S1		S2								
CRIOPRECIPITADO			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.													
Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico					
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

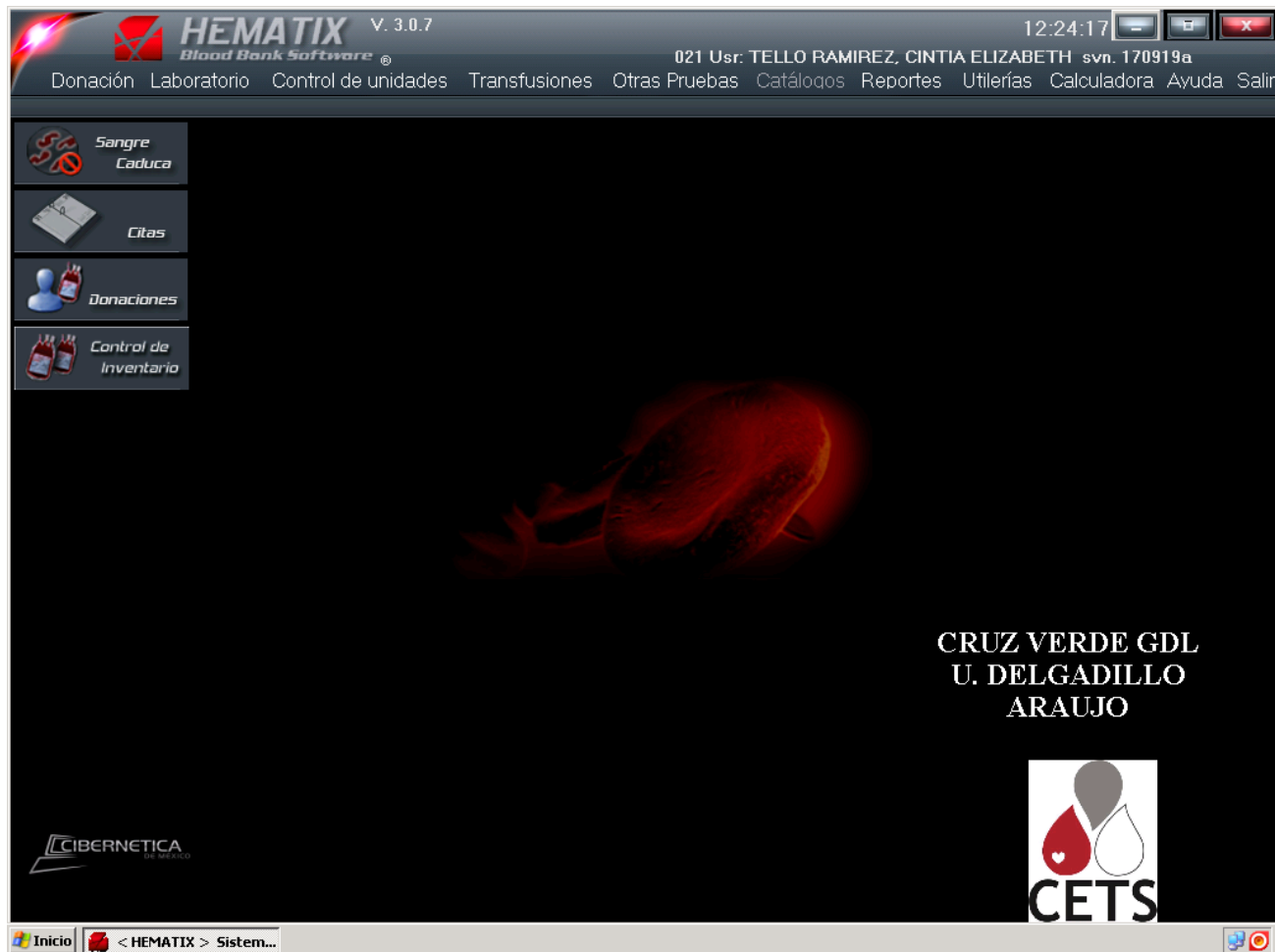
Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 03: Figura que representa la manera de rotular la tarjeta DG Gel Coombs en la actividad No. 11



Anexo 04: Sistema informático de banco de sangre
(formato sugerido)



Anexo 05: Bitácora de grupo y Rh (formato sugerido)

Fecha	C. U.	Servicio	Expediente	Paciente	Gpo. Directo			Lectina			Gpo. Inverso				AC	Ctrl. Rh	5SF	Result.	RH Directo	Realizó	Observaciones		
					Anti A	Anti B	Anti AB	Anti A1	Anti A2	Anti H	A1	A2	B	O									

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes

Clave: 048P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre del 2017

Actualización: 29 de noviembre del 2017

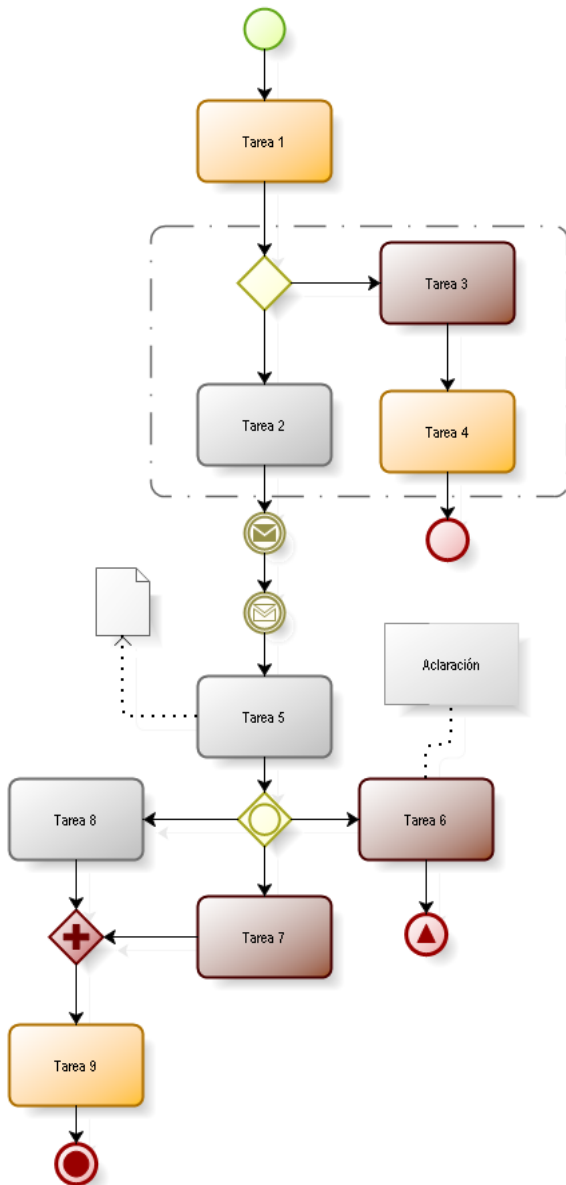
Autorización: 29 de noviembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Rúbrica

Elaboró:

DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico a cargo del Depósito de Sangre

Rúbrica

Vo. Bo.:

DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe del Departamento de Innovación y Desarrollo

Rúbrica

Aprobó:

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Rúbrica

Autorizó:

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo.....	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	7
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios.....	8
Anexos.....	9



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes

Clave: 048P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre del 2017

Actualización: 29 de noviembre del 2017



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes en el depósito de sangre.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando tenemos una demanda de hemocomponentes y no hay existencia de los mismos en el depósito de sangre y termina cuando se almacenan los hemocomponentes recibidos.

Áreas que intervienen:

Depósito de Sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

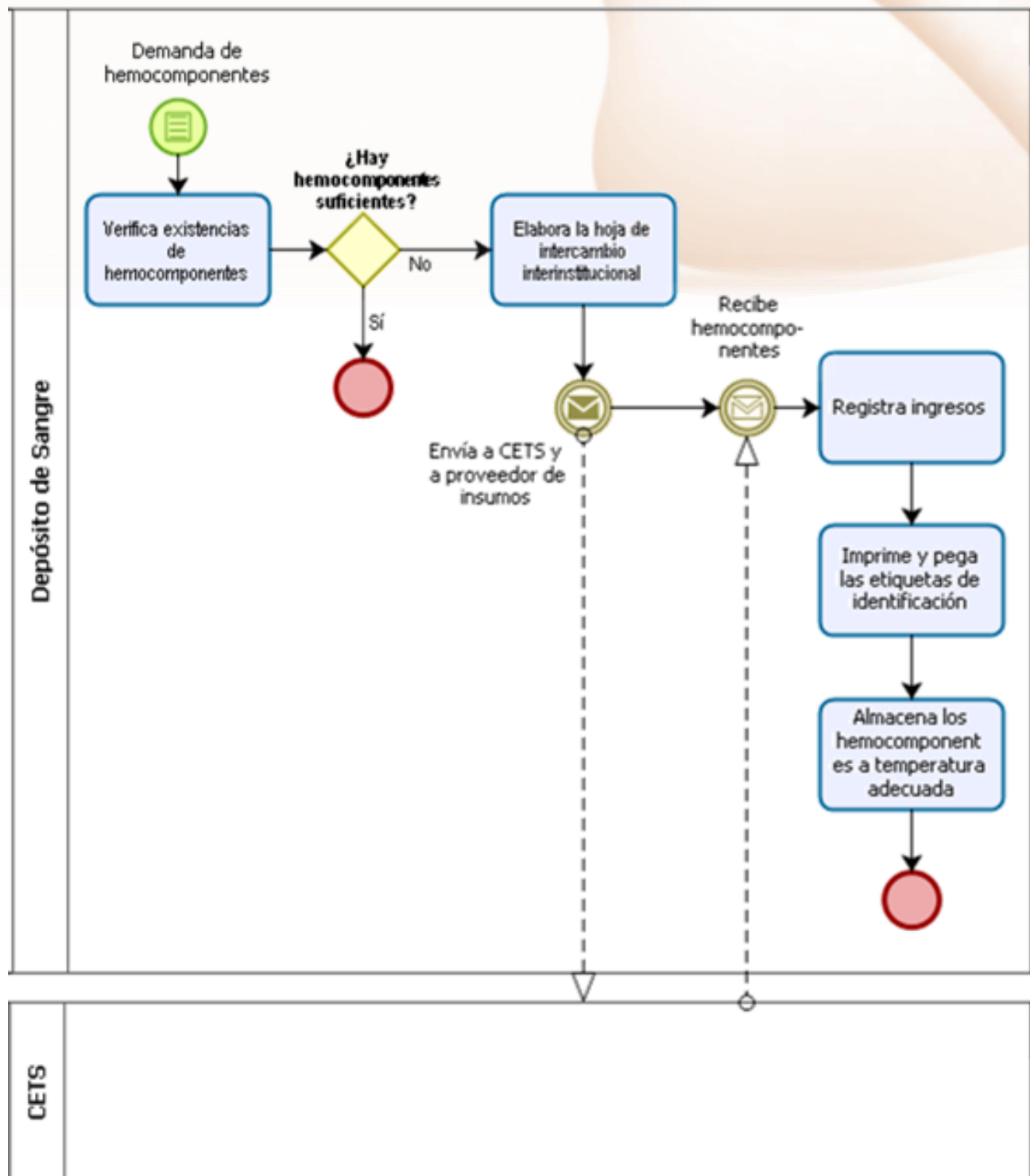
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. El día de la solicitud ordinaria de hemocomponentes lo establece el proveedor de insumos del Depósito de Sangre y el día de la entrega de los hemocomponentes al Depósito es el día siguiente de la solicitud.
3. Si el proveedor no puede trasladar los hemocomponentes del Centro Estatal de Trasfusión Sanguínea (CETS) hacia el Depósito de Sangre, el químico de dicho depósito, debe informar y pedir a la Unidad Médica que solicita el o los hemocomponentes, un mensajero para que recoja la solicitud, la lleve a CETS, reciba el o los hemocomponentes y los traslade al Depósito de Sangre que los solicita.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica. <p>1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none">c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
<p>1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none">f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos, <p>1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicosf) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes

Clave: 048P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre del 2017

Actualización: 29 de noviembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad									
1.		<p>Una vez que se tiene una demanda de hemocomponentes, verifica si hay existencias</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay hemocomponentes suficientes?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay hemocomponentes suficientes?	Entonces	Sí	Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente			
¿Hay hemocomponentes suficientes?	Entonces										
Sí	Fin de procedimiento										
No	Continúa en la actividad siguiente										
2.		<p>Elabora la “Hoja de Intercambio Interinstitucional” (ver anexo 01) que se encuentra firmada por responsable sanitario con sello institucional, con los datos del receptor.</p> <p>Nota: Si el formato no tiene firma y/o sello, debes firmarla y recabar el sello con trabajo social.</p>									
3.		<p>Envía con el mensajero la “Hoja de Intercambio Interinstitucional” y copia al proveedor de insumos del Depósito de Sangre y al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS)</p>									
4.		<p>Recibe del mensajero los hemocomponentes que presentan características y temperaturas adecuadas</p> <p>Nota: Los hemocomponentes que se encuentren fuera de las especificaciones, no deberán ingresarse al depósito, notificando al médico a cargo del depósito y al CETS la situación.</p>									
5.		<p>Registra ingreso de hemocomponentes en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 02) y, en la “Bitácora de ingresos y egresos” (ver anexo 03)</p>									
6.		<p>Imprime la(s) etiqueta(s) de identificación de unidad que arroja automáticamente el “Sistema informático de banco de sangre” la(s) pega en el(los) hemocomponente(s), así mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Imprime etiqueta de identificación del marbete y lo pega en él. Imprime etiqueta de tubo piloto y la pega en él. 									
7.		<p>Almacena los hemocomponentes con base a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hemocomponente</th> <th>Lugar</th> <th>Temperatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Concentrados eritrocitarios</td> <td>Refrigerador</td> <td>2°C a 4°C</td> </tr> <tr> <td>Plasmas frescos congelados</td> <td>Congelador</td> <td>39°C a -45°C</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fin de procedimiento</p>	Hemocomponente	Lugar	Temperatura	Concentrados eritrocitarios	Refrigerador	2°C a 4°C	Plasmas frescos congelados	Congelador	39°C a -45°C
Hemocomponente	Lugar	Temperatura									
Concentrados eritrocitarios	Refrigerador	2°C a 4°C									
Plasmas frescos congelados	Congelador	39°C a -45°C									

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin Colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Es un componente sanguíneo, por ejemplo: glóbulos rojos o eritrocitos, plasma fresco, plaquetas, etc.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
N. A.	N. A.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Hoja de Intercambio Interinstitucional
N.A.	Anexo 02 Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 03 Bitácora de ingresos y egresos

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS



No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	01 de noviembre del 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS

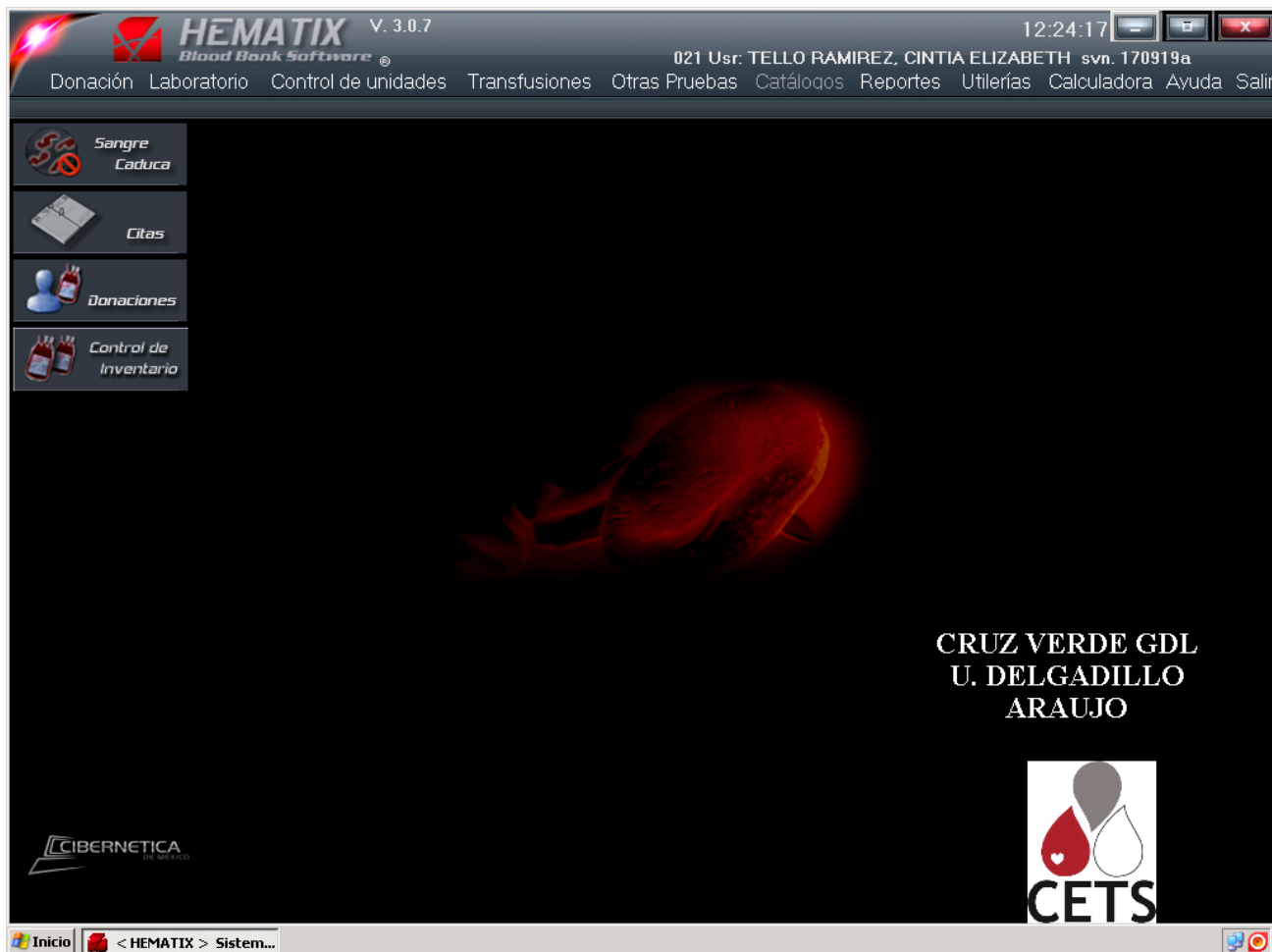




Anexo 01: Hoja de Intercambio Interinstitucional
(Formato sugerido)

NOMBRE DEL REGISTRO								
 <p>Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad</p>	<p>SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL</p>	 <p>Guadalajara</p>						
<p>C DR JUAN CARLOS LOPEZ HERNANDEZ RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA PRESENTE</p>		<p><u>CRUZ VERDE DELGADILLO ARAUJO</u> Lugar y fecha</p>						
<p>Solicito a usted se nos proporcione <input type="checkbox"/> unidades en total de los siguientes grupos sanguíneos:</p>								
	O+	A+	B+	AB+	O-	A-	B-	AB-
CONCENTRADO DE ERITROCITOS								
CONCENTRADO DE ERITROCITOS LEUCODEPLETADO								
C. DE ERITROCITOS FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS								
C. DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADO								
C. DE PLAQUETAS FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS								
CRIOPRECIPITADOS								
OBSERVACIONES O ESPECIFICACIONES ESPECIALES DE LOS HEMOCOMPONENTES:								
Del grupo sanguíneo _____ y Rh _____ para ser transfundidos al paciente: _____ del Servicio _____ cama _____ edad _____ sexo _____ registro _____ diagnóstico _____ Hemoglobina _____ g/dL Hematocrito _____ % Plaquetas _____ TP _____ TESTIGO _____ Fibrinogeno _____ TTP _____ TESTIGO _____ Medicamento que recibe _____ Indicación de la transfusión _____ Indicado por Dr (a) _____ Cedula DGP _____ Especialidad _____								
La institución solicitante se compromete a realizar el fomento y promoción de la donación altruista y voluntaria de sangre en su Unidad Hospitalaria _____								
ATENTAMENTE								
_____ DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA RESPONSABLE SANITARIO nombre y firma						_____ SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA		
Nombre del establecimiento _____ Domicilio _____ Número de Licencia del Establecimiento _____ Nombre del Responsable del Servicio de Transfusión _____ Código de Licencia Sanitaria del Servicio de transfusion _____								
Este documento y el contenido del mismo, es propiedad e información confidencial de CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA, queda prohibida su distribución y acceso a personas no autorizadas y publicación o copia sin autorización.								

Anexo 02: Sistema informático de banco de sangre
(Formato sugerido)




Anexo 03: Bitácora de ingresos y egresos (Formato sugerido) Hoja Izquierda


No. Unidad	Fecha	Procedencia	Donador	Grupo y Rh	Componente	Volumen (ml)	Cantidad	Sifilis	VIIH	Brucela	Chagas	Hepatitis	Uso terapéutico	Diagnóstico

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes




Bitácora de entradas y salidas
Ciudad de Guadalajara

Receptor	Grupo y Rh	Unidad	Servicio	Cama	Exp.	Quién solicita	Quién recibe	Cargo	Fecha	Hora	Observación


Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Procedimiento para la entrega de hemocomponentes

Clave: 058P-SD3_001

Documentación: 15 de noviembre del 2017

Actualización: 01 de diciembre del 2017

Autorización: 4 de diciembre del 2017

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia

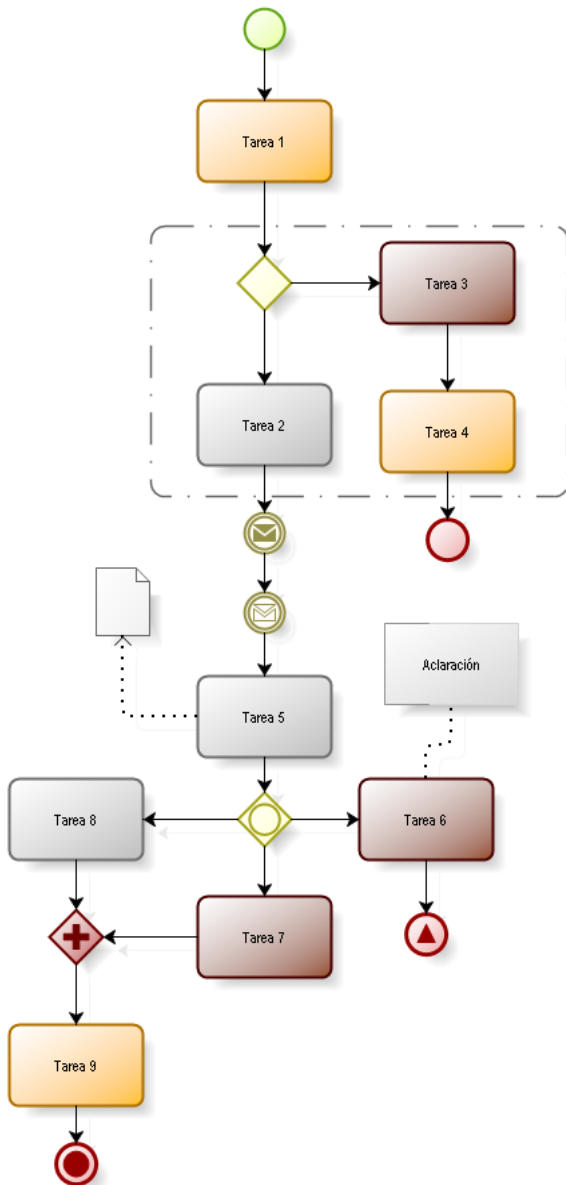
Autorizaciones

Elaboró: **Rúbrica**
DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico a cargo del Depósito de Sangre

Dictaminó: **Rúbrica**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Aprobó: **Rúbrica**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **Rúbrica**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo.....	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios.....	8
Anexos.....	9



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de hemocomponentes

Clave: 058P-SD3_001

Documentación: 15 de noviembre del 2017

Actualización: 01 de diciembre del 2017



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para entregar los hemocomponentes en el depósito de sangre.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando acuden por una unidad que tenemos cruzada para un receptor y termina cuando se registra la salida del hemocomponente que se llevan. .

Áreas que intervienen:

Depósito de sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

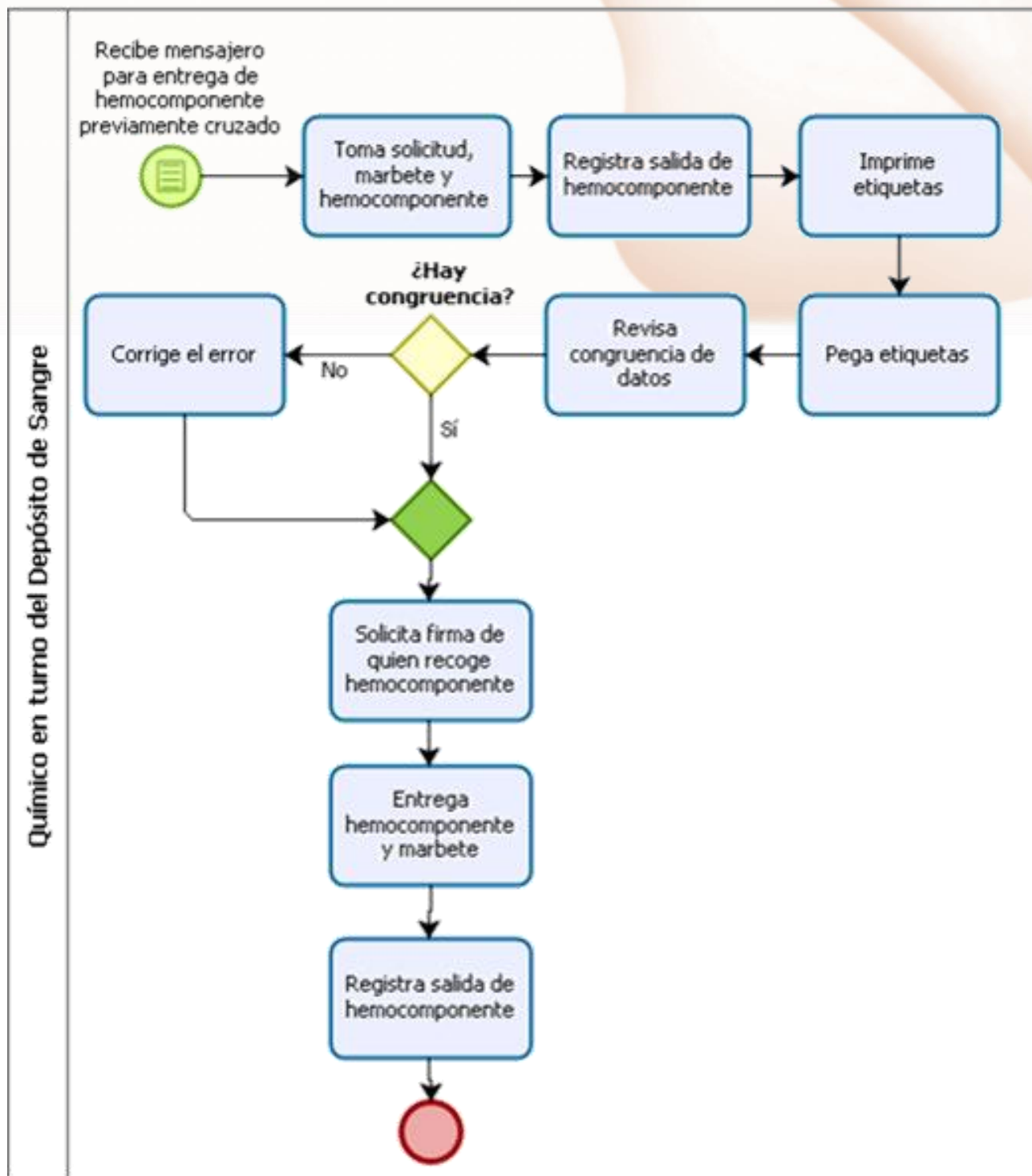
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. Es responsabilidad y obligación del químico entregar el hemocomponente más próximo a caducar que tenga cruzado el receptor.
3. Es responsabilidad del químico en turno solicitar el traslado de hemocomponentes cuando recibe una solicitud ordinaria, con fecha de transfusión igual a la de la elaboración de la misma, así como los hemocomponentes que piden en una solicitud urgente.
4. Es responsabilidad del médico que elabora la solicitud especificar cuántos hemocomponentes requiere que le envíe el mismo día, en el "campo de observaciones o características específicas requeridas" que se encuentra en la parte inferior izquierda de la solicitud de hemocomponentes.
5. Es responsabilidad del químico, de quién recibe y de quién transfunde el verificar que el número de unidad, nombre de donador y de receptor coincidan en el marbete, hemocomponente y etiquetas.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none">* Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.* Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica. <p>1.2. Subdirección de Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none">c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
<p>1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none">f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos, <p>1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicosf) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de hemocomponentes

Clave: 058P-SD3_001

Documentación: 15 de noviembre del 2017

Actualización: 01 de diciembre del 2017



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico de turno	Una vez que recibe a un mensajero que acude por un hemocomponente que ya se ha cruzado; toma la "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" (ver anexo 01-A) o "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" (ver anexo 01-B) con el nombre del receptor para el que se llevará el hemocomponente, reúne con ella el "Marbete o tarjeta de reacción transfusional" (ver anexo 02) y el hemocomponente a entregar.						
2.		Registra la salida del hemocomponente en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03), en la "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria"						
3.		Imprime "Etiqueta de salida de hemocomponente" (ver anexo 4) que le da automáticamente el "Sistema informático de banco de sangre" e imprime también la "Etiqueta de compatibilidad" (ver anexo 05) Nota: Si el hemocomponente es diferente al concentrado eritrocitario, imprime la etiqueta para el "Marbete o tarjeta de reacción transfusional", la pega en él y lo llena con los datos de la unidad.						
4.		Pega "Etiqueta de salida de hemocomponente" en la cara posterior del hemocomponente y adhiere solo una pestaña de la "Etiqueta de compatibilidad" sobre la primera. Nota: Se adhiere sólo la pestaña de la etiqueta de compatibilidad para que quién transfunde, pueda retirarla fácilmente.						
5.		Verifica que concuerde el nombre del receptor y de donador, así como el número de la Unidad de hemocomponente en la "Etiqueta de salida de hemocomponente, la "Etiqueta de compatibilidad", el "Marbete o tarjeta de reacción transfusional". <table border="1" data-bbox="500 1289 1497 1453"> <thead> <tr> <th>¿Hay congruencia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Corrige el error y Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay congruencia?	Entonces	Sí	Continúa en la siguiente actividad	No	Corrige el error y Continúa en la siguiente actividad
¿Hay congruencia?		Entonces						
Sí		Continúa en la siguiente actividad						
No		Corrige el error y Continúa en la siguiente actividad						
6.	Recaba nombre y firma en la "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" de la persona que recoge el hemocomponente.							
7.	Entrega el hemocomponente y el "Marbete o tarjeta de reacción transfusional" a la persona que funge como mensajero.							
8.	Registra la salida del hemocomponente en la "Bitácora de ingresos y egresos" (ver anexo 07) y en la "Bitácora de salidas y bajas" (ver anexo 08). Fin del procedimiento							

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Sin colaboración

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Es un componente sanguíneo, por ejemplo: glóbulos rojos o eritrocitos, plasma fresco, plaquetas, etc.
Sistema Informático de Banco de Sangre	Llamado HEMATIX, es el sistema de cómputo conectado en red con el banco de sangre donde se almacena y muestra información relacionada con los donadores, receptores y transfusiones realizadas.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento

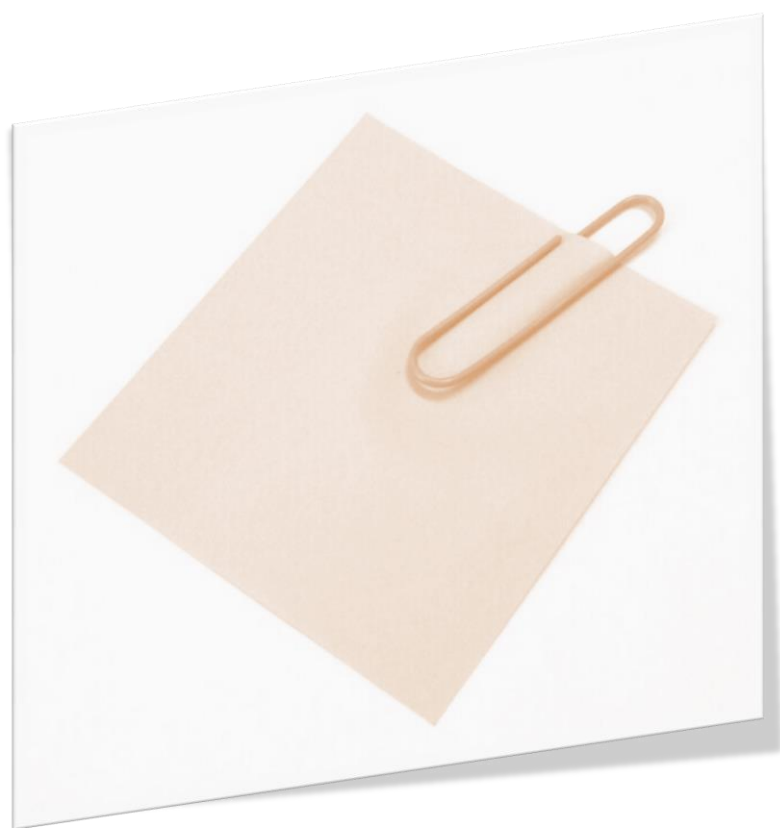
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N.A.	Anexo 01-A	Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N.A.	Anexo 01-B	Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 02	Marbete o tarjeta de reacción transfusional
N.A.	Anexo 03	Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 04	Etiqueta de salida de hemocomponente
N.A.	Anexo 05	Etiqueta de compatibilidad
N.A.	Anexo 06	Hoja de Registro de Actos Transfusionales
N.A.	Anexo 07	Bitácora de ingresos y egresos
N.A.	Anexo 08	Bitácora de salidas y bajas

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	15 de noviembre del 2017	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO											
		SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS											
		MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL				SERVICIO	PISO/SALA	CAMA				
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL	No. DE GESTACIONES		PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última		*Valor requerido		SI NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO			*Dato requerido										
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
			S1	S2									
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA													
Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 01-B: Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
(formato sugerido)

Anverso

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL				SERVICIO	PISO/SALA	CAMA				
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS			TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido	SI		NO				
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA				FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS													
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.					PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN					
			S1		S2								
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de hemocomponentes

Clave: 058P-SD3_001

Documentación: 15 de noviembre del 2017

Actualización: 01 de diciembre del 2017

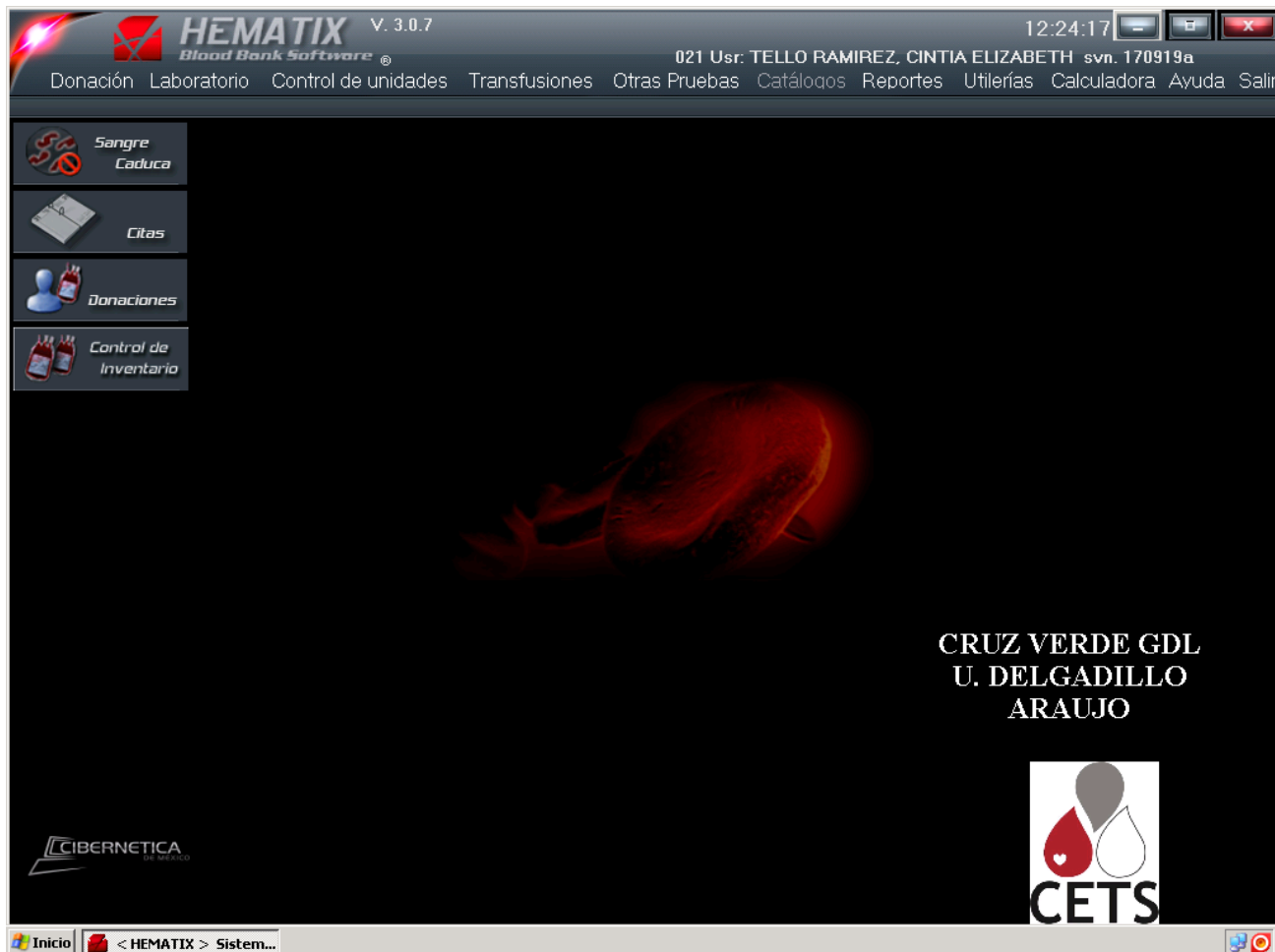


Anexo 02: Marbete o tarjeta de reacción transfusional

Nombre del Receptor _____				Edad _____ Sexo _____			
Registro _____				Servicio _____ Fecha Nac. _____			
Piso/Cama _____				C. DE ERITROCITOS <input type="checkbox"/>			
				PLASMA FRESCO CONGELADO <input type="checkbox"/>			
C.E. DESLEUCOCITADO <input type="checkbox"/>				CRIOPRECIPITADOS <input type="checkbox"/>			
C. DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/>							
C. DE PLAQUETAS POR AFERESIS <input type="checkbox"/>							
SIGNOS VITALES							
HORA DE TRANSFUSION		T/A	PULSO	F. RESPIRAT.	TEMPERATURA		
PRE							
DURANTE							
DESPUES							
REACCIONES O EVENTO ADVERSO							
NINGUNA <input type="checkbox"/>	CEFALEA <input type="checkbox"/>	DOLOR LUMBAR <input type="checkbox"/>	DISNEA <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINURIA <input type="checkbox"/>	CIANOSIS <input type="checkbox"/>	RASH <input type="checkbox"/>
FIEBRE <input type="checkbox"/>	HIPOTENSION <input type="checkbox"/>	PERDIDA DE LA CONCIENCIA <input type="checkbox"/>	FALLA CARDIACA <input type="checkbox"/>	ORTOPNEA <input type="checkbox"/>	EDEMA EXT. INF. <input type="checkbox"/>		
ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/>	URTIICARIA <input type="checkbox"/>						
HIPOTENSION <input type="checkbox"/>	NAUSEA <input type="checkbox"/>	VOMITO <input type="checkbox"/>					
<p style="text-align: right;">Nombre y Firma de quien transfunde _____ Fecha _____</p> <p style="text-align: center;">UNA VEZ COMPLETADA LA TRANSFUSIÓN, DEBE COMPLETAR ESTE LADO Y REGRESAR LA TARJETA AL BANCO DE SANGRE. NOM.253-SSA1-2012</p>							

SECRETARIA DE SALUD		CODIGO
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA		RE-DON-02
Av. Zoquipan No. 1050 Col. Seattle Zapopan, Jalisco		REVISION
Tels. (33) 30-30-63-27 y (33) 36-36-76-67		1
Nombre del Donador _____		
Gpo. _____	Rh _____	Fenotipo Rh _____
Fecha de extracción _____ Fecha de Caducidad _____		
No. DE CAMA	NOMBRE DEL RECEPTOR	

Anexo 03: Sistema informático de banco de sangre
(Formato sugerido)



Anexo 04: Etiqueta de salida de hemocomponente
(Formato sugerido)



CETSA
SISTEMA DE TRANSFUSIÓN
Jalisco

CRUZ VERDE GDL U. DELGADILLO ARAUJO
MARIANO BARCENAS # 997
UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
COL. ALCALDE BARRANQUITAS TEL 12 01 72 05
CP 44270, GUADALAJARA, JALISCO

ENTREGA DE SANGRE


Transfusión: 15789

Receptor: 305598 **A1+**

RIZO HERNANDEZ, OSVALDO

Fec. Nac. 22/05/2002 **COMPATIBLE**

Sexo MASCULINO

Servicio TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

Registro 5325 **Fracción entregada**

Solicitada 28/Nov/2017 16:17 

Entregada 28/Nov/2017 16:40 021 211700838CE

Entregó GAMIÑO TOVAR, MAYELA

Recibió: UZZIEL MOYA VAZQUEZ

Anexo 05: Etiqueta de compatibilidad

Dona: RODRIGUEZ FRANCO, SULTANO	
Num: 34522	T. San O+
COMPATIBLE	
Sol. Trans: 13933	11/08/15 16:30h Frac: 211500962CE
Rece: LOPEZ PEREZ , FULANO	
Num: 342642	T. San O+

Procedimiento para la entrega de hemocomponentes



Anexo 06: Hoja de registro de actos transfusionales

**SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO**

REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES
AGREGAR ESTA HOJA AL EXPEDIENTE NOM-253-SSA1-2012

*De no registrar las transfusiones en este formato, será acreedor a una sanción.


Nombre del Receptor: _____ No. Expediente: _____ Seg. Pop: _____
 Género: _____ Edad: _____ Cama: _____ Sala/Piso: _____ Servicio: _____
 Grupo/Rh: _____ Médico que indicó la transfusión: _____ Cédula: _____ Firma: _____
 Diagnóstico de Certeza o Probabilidad: _____ Motivo de la Indicación Transfusional: _____

Fecha	Tipo Producto	No. Unidad	SIGNOS VITALES				Fecha y Hora inicio/ término	Volumen transfundido	Nombre y firma personal Quién aplicó:	Incidencias/ efectos adversos	Acciones tomadas (señale las que realiza)
			TIA	Pulso	FR	T °C					
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad	Antes Transf.							Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Antipiréticos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
	Durante										
	Después Transf.										
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad	Antes Transf.							Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Antipiréticos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
	Durante										
	Después Transf.										
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad	Antes Transf.							Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Antipiréticos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
	Durante										
	Después Transf.										

BUENAS PRÁCTICAS DE TRANSFUSIÓN:

1. NO CALENTAR NINGÚN HEMOCOMPONENTE PARA ADULTOS
2. NO ADMINISTRE MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD POR LA MISMA VÍA.
3. EL TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS NO DEBE EXCEDER 4 HORAS.
4. VERIFICA NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD Y PACIENTE.
5. REGISTRA TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO
6. AL NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESAR AL BANCO DE SANGRE ANTES DE TRANSCURRIDA 1 HORA FUERA DE SU TEMPERATURA IDEAL (2-6°C)


Anexo 07: Bitácora de entradas y salidas



Bitácora de entradas y salidas

Guadalajara

No. Unidad	Fecha	Procedencia	Donador	Grupo y Rh	Componente	Volumen (ml)	Caducidad	Sífilis	VIH	Brucela	Chagas	Hepatitis	Uso terapéutico	Diagnóstico



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Anexo 08: Bitácora de salidas y bajas

NO. UNIDAD	CE, PFC, PLAQ	GPO RH	PACIENTE	CRUZ VERDE	SERVICIO	EXP.	MÉDICO QUE SOLICITÓ	FECHA	HORA