



*"1983/2023- 40 años de democracia"*

*Paraná, 17 de noviembre de 2023*

## **Circular Interna N° 24/23**

**Origen:** Dirección

**Motivo:** Procedimiento de solicitud de hemocomponentes para cirugías programadas.

### **A los Jefes de Servicios Médicos del HMISR:**

Les hacemos llegar el procedimiento fijado por el Servicio de Hemoterapia de nuestro hospital para **la solicitud de hemocomponentes para cirugías programadas.**

La necesidad de garantizar la calidad de los procedimientos y la seguridad de los pacientes motiva la implementación del procedimiento que se acompaña en el Anexo I y la planilla de Solicitud de Transfusión en el Anexo II.

Bioing. C. PARDOLETO RAMIREZ  
M.P. 41936  
DIRECTOR

Hospital Materno Infantil "San Roque"

**Equipo Directivo del HMISR**

# Anexo I

 <p>Hospital Materno Infantil <b>San Roque</b> Servicio de Hemoterapia</p>	<b>Protocolo para Solicitar Hemocomponentes de Reserva para Cirugías Programadas</b>	<b>POE ÁREA MEDICINA TRANSFUSIONAL</b>
		CÓDIGO: POE-01-RQ
		VERSIÓN 1
<b>ELABORÓ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dra. CELINA CEBALLOS</li><li>• Dra. WEIMER KATIA</li></ul>	<b>REVISÓ</b> DRA CELINA CEBALLOS	<b>APROBÓ</b> DRA CELINA CEBALLOS
05/09/2023	07/09/2023	07/09/2023

## Objetivo:

Describir el procedimiento para solicitar preparación de hemocomponentes para cirugías programadas.

## Justificación:

Las pruebas inmunohematológicas que se realizan a los pacientes y a los hemocomponentes a transfundir no son instantáneas, llevan un determinado tiempo según los anticuerpos detectados y realizar una transfusión sin las pruebas de laboratorio completas implica riesgos de incompatibilidad.

## Personal destinado:

Médicos del Hospital Materno Infantil San Roque

## Método:

El médico tratante solicitará el Hemocomponente de reserva quirúrgica en la planilla HEMO 5. Si surge alguna duda en la indicación de los hemocomponentes, llamar a las médicas de Hemoterapia.

Los pedidos de preparación de Hemocomponentes para cirugías programadas deben entregarse **24 hs antes de la fecha programada de la cirugía al servicio de HEMOTERAPIA** con todos los datos solicitados en la planilla.

El médico solicitante indicará fecha y hora de cirugía, unidades de reserva quirúrgica solicitadas y colocará firma y sello.

**No se reciben pedidos vía telefónica para cirugías programadas.**

## Anexo II



Hospital Materna Infancia  
**San Roque**

Servicio de Hemoterapia

HMISR - Servicio de Hemoterapia  
(0343) 4230460 Int. 219

hemoterapia@hospital-sanroque.gob.ar

Fecha	
Hora	

### SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

PLANILLA HEMO 5

Se solicita al médico tratante completar la planilla. Si surgen dudas, comunicarse con médicos de Hemoterapia.

Datos del Paciente			
Apellido y nombre		Edad	
DNI		Peso	
Sala /Cama		Diagnóstico	
Laboratorio			

Solicito se efectúe la transfusión de	
HEMOCOMPONENTE	CANTIDAD
GLÓBULOS ROJOS	
PLAQUETAS	
PFC	
CRIO	

En carácter de	
<b>EXTREMA URGENCIA</b> Sin pruebas de compatibilidad. La responsabilidad de reacciones adversas transfusionales están a cargo del médico que solicita la transfusión.	
<b>URGENTE</b> A realizar dentro de las 3hs.	
<b>NO URGENTE</b> A realizar dentro de las 24hs.	
<b>PROGRAMADA</b> Para una determinada fecha.	

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO SOLICITANTE

**SERVICIO HEMOTERAPIA:**

Hemocomponentes transfundidos			
FECHA	BOLSA	TUBULADORA	TECNICO