

"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 San Roque Servicio de Hemoterapia</p>	Protocolo para Solicitar Hemocomponentes de Reserva para Cirugías Programadas	POE ÁREA MEDICINA TRANSFUSIONAL
		CÓDIGO: POE-01-RQ
		VERSIÓN 1
ELABORÓ <ul style="list-style-type: none">• Dra. CELINA CEBALLOS• Dra. WEIMER KATIA	REVISÓ DRA CELINA CEBALLOS	APROBÓ 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@hospitalosanroque.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	
EXTREMA URGENCIA Sin pruebas de compatibilidad. La responsabilidad de reacciones adversas transfusionales están a cargo del médico que solicita la transfusión.	
URGENTE A realizar dentro de las 3hs.	
NO URGENTE A realizar dentro de las 24hs.	
PROGRAMADA Para una determinada fecha.	

FIRMA MEDICO SOLICITANTE

SERVICIO HEMOTERAPIA:

Hemocomponentes transfundidos			
FECHA	BOLSA	TUBULADORA	TECNICO