Sistema Integrado de Gestión Administrativa
Módulo de Logística
Versión 25.02.01

Fecha : 18/02/2026
Hora : 12:33
Página : 1 de 1

SOLICITUD DE COTIZACIÓN Nº 000093

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037
Nº E/M : 00082

Señores :
Dirección :
R.U.C. :
Teléfono :
Fax :
Fecha :
Email :
Moneda : S/.
Concepto : REQUERIMIENTO DE FORMATOS PARA EL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL HRGDV

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1000	UNIDAD	475100057542	FORMATO DE ACTA DE ELIMINACION BLOCK X 20 **EETT:** FORMATO DE ACTA DE ELIMINACION DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS		
1	UNIDAD	475100054155	LIBRO DE REGISTRO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE X 250 HOJAS **EE.TT:** LIBRO DE REGISTRO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE		
1	UNIDAD	475100052539	LIBRO REGISTRO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA X 200 HOJAS **EETT:** LIBRO DE REGISTRO DE FRACCIONAMIENTO DE BANCO DE SANGRE		
1	UNIDAD	475100052538	LIBRO REGISTRO DE DONACION DE SANGRE Y REGISTRO DE UNIDAD DE SANGRE X 200 HOJAS **EE.TT:** LIBRO DE REGISTRO DE DONACIONES DE SANGRE		
1000	UNIDAD	475100015942	TARJETA CONSTANCIA DE DEPOSITO DE SANGRE COLOR CELESTE **EETT:** TARJETA DE CONSTANCIA DE DEPOSITO DE SANGRE		
10	CIENTO	475100050834	FORMATO KARDEX **EETT:** HOJAS DE KARDEX DE ATENCION A PACIENTES Y DONANTES DE SANGRE.		
30	CIENTO	475100019965	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE A DONACION DE SANGRE **EE.TT:** FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE.		
20	CIENTO	475100015810	FORMATO CONTROL DE UNIDAD DE TRANSFUSION DE PACIENTE DONANTE **EE.TT:** FORMATO DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL		
10	CIENTO	475100016047	FORMATO DE ACTA DE ELIMINACION DE UNIDADES DE SANGRE **EE.TT:** FORMATO DE ACTA DE ELIMINACION DE HEMOCOMPONENTES		
3	MILLAR	475100051138	FORMATO HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSION **EE.TT:** HOJA DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES AUTOCOPIADO		
2	MILLAR	475100050095	FORMATO REPORTE DIARIO DE ATENCION POR BANCO DE SANGRE **EE.TT:** FORMATO DE BATERIA DE EXAMENES PARA DONANTES DE SANGRE		
2	MILLAR	475100016381	FORMATO SELECCION DE POSTULANTE DONANTE DE SANGRE **EE.TT:** FORMATO DE SELECCIÓN DE POSTULANTE A DONANTES DE SANGRE		
3	MILLAR	475100054642	FORMATO TARJETA DE RECEPTOR BANCO DE SANGRE EE.TT: TARJETA DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES		
			SE ADJUNTAN: ESPECIFICACIONES TECNICAS		
				TOTAL	

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

Condiciones de Compra
- **Forma de Pago:**
- **Garantía:**
- **La Cotización debe incluir el I.G.V.**
- **Plazo de Entrega en Nº Dias/ Ejecución del Servicio :**
- **Tipo de Moneda :**
- **Validez de la cotización :**
- **Indicar Marca de Procedencia**
- **Tipo de Cambio :**

Atentamente;

Requerimientos Técnicos:
Producto Original o Compatible

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega
ADQUISICIONES ABASTECIMIENTO
ABANCAY

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

FORMATO N° 01
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre- Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.
Actividad del POI:	Abastecimiento oportuno de formatos para garantizar la trazabilidad de la sangre y hemocomponentes, asegurar la seguridad del donante y del receptor.
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formatos para el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre

I. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar la trazabilidad de la sangre y hemocomponentes, asegurar la seguridad del donante y del receptor.

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Adquisición de formatos para el Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre

III. CARACTERISTICAS Y CONDICINES DE LOS BIENES A CONTRATAR

3.1 Descripción de los bienes a contratar

ADQUISICIÓN DE FORMATOS PARA EL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

ITEM	NOMBRE	UNIDAD DE MEDIDA	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD
1	FORMATO DE BATERÍA DE EXÁMENES PARA DONANTE DE SANGRE	MILLAR	TAMAÑO: HOJA A4	2
2	HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES AUTOCOPIATIVO	MILLAR	TAMAÑO: HOJA A4	3
3	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE	CIENTO	TAMAÑO: HOJA A4	30
4	HOJAS DE KARDEX DE ATENCIÓN DE PACIENTES Y DONANTES DE SANGRE	CIENTO	TAMAÑO: MEDIA HOJA A4	10
5	TARJETA DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES	MILLAR	TAMAÑO: 15 CM X 10 CM, MATERIAL CARTULINA	3
6	FORMATO DE ACTA DE ELIMINACIÓN DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS	UNIDAD	TAMAÑO: HOJA A4	500
7	FORMATO DE ACTA DE ELIMINACIÓN DE HEMOCOMPONENTES	CIENTO	TAMAÑO: HOJA A4	10
8	LIBRRO DE REGISTRO DE DONACIONES DE SANGRE	UNIDAD	TAMAÑO: 45CMX 26 CM DE 100 HOJAS, TAPA: DURA	1
9	LIBRO DE REGISTRO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE	UNIDAD	TAMAÑO: 45CMX 26 CM TAPA: DURA	1
10	LIBRO DE REGISTRO DE FRACCIONAMIENTO	UNIDAD	TAMAÑO: 32CMX 21 CM DE 100 HOJAS, TAPA: DURA	1
11	TARJETA DE CONSTANCIA DE DEPÓSITO DE SANGRE	UNIDAD	TAMAÑO: 20 CM X 14 CM, MATERIAL CARTULINA	1,000
12	FORMATO DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL	CIENTO	TAMAÑO: HOJA A4, ANVERSO Y REVERSO	20
13	FORMATO DE SELECCIÓN DE POSTULANTE A DONANTE DE SANGRE	MILLAR	TAMAÑO: HOJA A4, ANVERSO Y REVERSO	2

Se adjunta modelo de formatos.

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

- No aplica.

V. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN

- No aplica.

VI. GARANTÍA COMERCIAL

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Dra. Diamira Leon Sierra
CMP: 45293 RNE: 31275
PATOLOGIA CLINICA

VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL

Proveedor habilitado para la comercialización de insumos de imprenta u oficina. No se requiere personal especializado.

IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA

Lugar: El bien, materia de la presente convocatoria se entregarán en ALMACÉN CENTRAL del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión – Abancay.
Plazo: La entrega se realizará en un máximo en 10 días calendario después de emitida la orden de compra.

X. CONFORMIDAD

Se otorgará cuando el contratista cumpla con el tiempo de entrega, especificaciones técnicas, la cantidad y calidad de los bienes a contratar.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

El pago se realizará en una sola armada, previa conformidad de los bienes entregados. Para el pago el contratista deberá presentar la recepción de almacén, la conformidad correspondiente y el comprobante de pago.
La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes.

XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIII. PENALIDADES (Obligatorio)

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:
En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\textbf{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde F tendrá el siguiente valor: 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.
Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.
Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XIV. OTRAS PENALIDADES

No aplica.

XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley Nº 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo Nº 009-2025-EF.

XVI. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Dra. Diana Lyon Sierra
CMP 46293 RNE 31275
PATOLOGIA CLINICA

de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XVII. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación y trato directo.

XVIII. GESTIÓN DE RIESGOS

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos
positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

Dra. Diana Rocio Sierra
CMP. 46293 RNE. 31475

Firma
Área usuaria o técnica estratégica

Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

EG05 - RF08: SOLICITUD TRANSFUSIONAL

FECHA | | | | | | |

Nombres y Apellidos:		**Nº de Hcl**
sexo: Masculino ☐	**Femenino** ☐ **Edad**	**Grupo:** **Rh:**
Servicio	**Sala**	**Nº de Cama**
Transfusiones previas **SI** ☐ **NO** ☐	**DESCONOCIDO** ☐	
Reacciones Transfuciones Anteriores **SI** ☐ **NO** ☐	**DESCONOCIDO** ☐	
Embarazos previos **Abortos:**	**Incompatibilidad Materno Fetal:**	
Diagnóstico de enfermedades:		
Hb .....**g/dl** **Hto** .....**%** **Plaquetas** **/mm^3**		

Requerimientos:					
Sangre Total		**Unidades**	**Plaquetas aféresis:**		**Unidades**
Paquete Globular.		**Unidades**	**Plaquetas:**		**Unidades**
Plasma Fresco Congelado:		**Unidades**	**Unidades Pediátricas**		**Unidades**
Crioprecipitado:		**Unidades**	**Otro(Especificado)**		**Unidades**

Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante

Fecha: **Hora:**

Requisito:
MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ( ) URGENTE ( ) PROGRAMADA ( )

EN CASO DE REQUERIR LA UNIDAD SIN PRUEBA CRUZADA:

Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante

IMPORTANTE: ESTA SOLICITUD NO SERA ACEPTADA SI NO ESTA DEBIDAMENTE SELLADA Y FIRMADA, O SI FALTARA ALGÚN DATO.

RECEPCIÓN: **HORA:**

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD

COD. DE UNIDAD	Nº DE SELLO DE CALIDAD	GRUPO SANGUÍNEO Y Rh	RESULTADO COMPATIBILIDAD	FIRMA PERSONAL BANCO	FECHA Y HORA	FIRMA DE PERSONAL QUE RECOGE

EG05-RF12: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponetes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuales son los riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus de SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administrativos tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Firma de Receptor / Padre / apoderado

Firma y sello del Médico Tratante

Huella Digital

PERÚ | Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

CONSTANCIA DE DEPOSITO DE SANGRE

EL (LA) SEÑOR (RA) .....
HA DEPOSITADO UNA UNIDAD DE SANGRE N°..... EN REPOSICIÓN PARA EL (LA) PACIENTE: .....
SERVICIO: ..... CAMA N°.....

Abancay..... de ..... del 20.....

MINISTERIO DE SALUD Hospital Guillermo Díaz de la Vega BANCO DE SANGRE DIRECCIÓN REGIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio de banco de sangre

HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA"

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
SERVICIO DE BANCO DE SANGRE
EG010-FR02: ACTA DE ELIMINACION DE UNIDADES

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

_____

_____

_____

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

Nº UNIDAD	GRUPO SANGUINEO	FACTOR RH	HEMOCOMPONENTE ELIMINADO	CAUSA DE ELIMINACION

Firma y sello del Responsable del Servicio: _____

Firma y sello del Representante de Salud Ambiental: _____

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

AÑEXO Nº 01: FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE A DONADOR DE SANGRE

Nº Postulante

Grupo Sanguíneo ABO Y Rh

Fecha: (ddmmaaaa)

Código del Donate

DNI, Nº Pasaporte o Carnet de extranjería (Vigente)

Hb y/o Hto

TIPO DE DONANTE Voluntario ☐ Autologo ☐ Reposición ☐

DONANTE SANGRE TOTAL ☐ AFÉRESIS ☐

1: DATOS PERSONALES

Para ser completado por el postulante

APELLIDOS

NOMBRES

SEXO M F EDAD (Años cumplidos) :

LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DE NACIMIENTO

PROCEDENCIA ESTADO CIVIL S C V D Conv

DOMICILIO

DISTRITO PROV: DPTO:

OCUPACIÓN TELEF: CEL:

E-MAIL LUGAR DE TRABAJO:

VIAJES : PERMANENCIA FECHA:

Otros

2: EXAMEN FÍSICO

Para ser realizado por el examinador

Peso Kgs Talla: Mt Pres Art mmHg

Frec, Card: L/min Inspecc brazos (Acceso venoso)

OBSERVACIONES

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

Postulante (Pre-extracción)

Firma

Huella dactilar

Entrevistador

Firma

3: PROTOCOLO DE SELECCIÓN DEL DONANTE Para ser completado con epoyo del examinador

¿He leido y entendido el meterial informativo que le entregamos?	*SI*	*NO*
¿Tiene mas de 18 años?	*SI*	*NO*
¿Pese mas de 50 kilos?	*SI*	*NO*
¿Ha donado sangre en los últimos dos (2) meses? ¿Dónde?	*SI*	*NO*
¿Esta tomando o tomó algún medicamento en los últimos dias?	*SI*	*NO*
¿Cuales?		
¿Esta actualmente en lista a espera pare una cita con el medico?	*SI*	*NO*
¿Por que?		
¿Se encuentre ahora bíen de salud?	*SI*	*NO*
EN LAS PROXIMAS 24 HORAS:		
¿Ve e realizar acitividad laboral, deportivas u otras ectividades riesgosas?	*SI*	*NO*
EN LAS ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS:		
¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad?	*SI*	*NO*
EN EL ÚLTIMO MES:		
¿Recibió alguna vacuna ? ¿Cual?	*SI*	*NO*
¿Tuvo contacto con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa?	*SI*	*NO*
EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES:		
¿Se coloco Ud. tatuajes, "pircing, tatuajes, en algún lugar del cuerpo u contacto accidental con sangre?	*SI*	*NO*
¿Tuvo Ud. intervenciones quirurgicas?	*SI*	*NO*

EN ALGUNA OCASIÓN DURANTE SU VIDA:

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

Menciones la enfermedad o molestia: .....

SI.ES UD. MUJER:

Fecha de última regla;...../...../..... ¿Este gestando actualmente?	*SI*	*NO*
¿Esta Ud, actualmente dando de lactar?	*SI*	*NO*

Fecha de último Pero. ..... *Nº de gestaciones:* .....

4. CON ASESORÍA DEL ENTREVISTADOR

¿Cree que podria ser o tiene dudas respecto a que podria ser dr de VIH, Hepatitis B y C?	*SI*	*NO*
¿Algune vez en su vida usó drogas llicitas endovenosas u otras?	*SI*	*NO*
¿Tiene o ha tenido conducta sexual de riesgos. en el último año?	*SI*	*NO*
¿Se he hecho alguna pruebà de descarte de VIH?	*SI*	*NO*
¿Ha mantenido relaciones intimas con persones diagnosticadas de hepatitis B, C, VIH?	*SI*	*NO*
¿He decidido de.alguna enfermedad de transmisión sexual?	*SI*	*NO*

Sifilis:	*SI*	*NO*	Chancro	*SI*	*NO*
Gonorrea	*SI*	*NO*	Otras	*SI*	*NO*

PRE-CALIFICACIÓN:

APTO: ☐
(marca con una "X")

NO APTO TEMPORAL: ☐
(marca con una "X")

Tiempo: _____ (Días) (Meses) (Años)

Fecha que puede retomar:____/____/_____

MOTIVO:.....

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

MOTIVO: .....

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

Postulante: _____
(Pre-extracción)
Firma: _____

Huella dactilar

Entrevistador: _____

Firma y sello; _____

Validado por:
(Firma y Sello) _____

Observaciones:

.....

.....

EG05 - FROS: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE (hoja 1 de 1)

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

Grupo Sanguíneo: | Factor Rh: | N°de Postulante: | | | | | | |

Fecha: | | | | | | | N°de Donante: | | | | | | |

I. DATOS PERSONALES:

Nombre:	Edad: años	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Ocupación:	Estado Civil:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Procedencia:	Domicilio:	
Centro de Trabajo:	Teléfono casa: Celular:	

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, voluntariamente dono mi sangre y derivados a esta Institución. Concedo autorización para que se obtenga la cantidad apropiada de sangre y sea examinada y utilizaba en la transfusión sanguínea. He tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, y entiendo lo que es y cuales son sus riesgos y también he tenido oportunidad de rechazar que lo realicen. He revisado y entendido la información que me dieron referente a la propagación del virus de SIDA a través de donaciones de sangre, plaquetas o plasma, por lo tanto yo considero que mi sangre debe ser examinada para los anticuerpos del SIDA y otras enfermedades infecciosas. En mi consentimiento yo certifico que he contestado con toda veracidad las preguntas que se me realizaron. yo por medio de la presente eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros de cualquier reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta donación y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

Huella Digital

Firma del Donante

Firma y Sello del Entrevistador

Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY
HOJA DE CONSUMO DE BANCO DE SANGRE
BATERIA DE EXÁMENES PARA DONANTE DE SANGRE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Servicio:

Abancay

Código	Exámenes y Procedimientos	IND	EJEC	Dx
86900	Grupo sanguíneo			
86901	Factor Rh			
85014	Hematocrito			
86687	Detección para anticuerpos para HTLV-I,II			
86701	Detección para anticuerpos para HIV-1 / HIV-2			
86803	Detección para anticuerpos para Hepatitis C			
87340	Detección de Antigeno de Superficie de VHB (HBsAg) por ELISA			
86704	Detección de Anticuerpo Anti-HBcAg Total ELISA			
86780	Prueba especifica de Traponema pallidum (Anti Sifilis) ELISA			
87445	Chagas ELISA			
86890	Obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre o componente autólogo			
85590	Recuento de Plaquetas			
85027	Hemograma completo			
36513	Aferesis terapéutica para plaquetas.			

Responsable
Seguro Integral de Salud

Responsable
Banco de Sangre

Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY
HOJA DE CONSUMO DE BANCO DE SANGRE
BATERIA DE EXÁMENES PARA PÁCIENTE RECEPTOS DE HEMOCOMPONENTES

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Servicio:

N° Cama:

HCL.:

Abancay

Código	Exámenes y Procedimientos	IND	EJEC	Dx
86900	Grupo sanguíneo			
86901	Factor Rh			
85014	Hematocrito			
86922	Prueba de compatibilidad para cada unidad técnia de antoglobulina			
36430	Transfusión de sangre o componente sanguineo			
	Fenotipos			

Responsable
Seguro Integral de Salud

Responsable
Servicio de Banco de Sangre

Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA - ABANCAY
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
KARDEX DE ATENCIÓN

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

10

NOMBRE: _____ HCL: _____ EDAD _____

SERVICIO: _____ CAMA: _____ GRUPO S Y FACTOR Rh: _____

DIAGNOSTICO: _____ SIS: _____

DONACIONES			TRANSFUSIONES					
FECHA	Nº DE BOLSA	OBSERVACIONES	FECHA	Nº DE BOLSA	SELLO CALIDAD	C/S BOLSA	TIPO DE SEGURO	ENTREGADO

PERÚ | Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
REGISTRO Nº 03-0301-120
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES

Paciente: _____ N° Historia Clínica _____

Servicio: _____ Cama: _____ Firma y sello Médico _____

N° Bolsa _____ N° Sello Nacional de Calidad _____

Comprobante: PG ☐ PFC ☐ Plaquetas ☐ Crioprecipitado ☐

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sexo: M F Grupo Sanguineo Paciente: _____

ANTECEDENTES

( ) Drogadicción Endovenosa
( ) Alergia a Medicamento
( ) Contacto Sexual de Riesgo
( ) Consumo de Alcohol
( ) Diálisis
( ) Lúes
( ) Otras Alergias
( ) Hepatitis
( ) Asma
( ) ITS
( ) Otros

_____

TRANSFUSIONES PREVIAS

Fecha	Hospital	Hemocomponente	Reacciones Adversas	Observaciones

CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de término: _____

Nombre del personal que realiza la transfusión: _____

Firma y sello del personal que realiza la transfusión: _____

Parámetro/hora						
Presión arterial (mmHg)						
Pulso (xmin)						
Frecuencia respiratorio (°C)						
Palidez (Hematocrito)						
Cianosis						
Sangrado (Rto. Plaquetas)						
Volumen del sangrado						

PERÚ | Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL Guillermo Díaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
REGISTRO Nº 03-0301-120
HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES

Paciente: _____ N° Historia Clínica _____

Servicio: _____ Cama: _____ Firma y sello Médico _____

N° Bolsa _____ N° Sello Nacional de Calidad _____

Comprobante: PG ☐ PFC ☐ Plaquetas ☐ Crioprecipitado ☐

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sexo: M F Grupo Sanguineo Paciente: _____

ANTECEDENTES

( ) Drogadicción Endovenosa
( ) Alergia a Medicamento
( ) Contacto Sexual de Riesgo
( ) Consumo de Alcohol
( ) Diálisis
( ) Lúes
( ) Otras Alergias
( ) Hepatitis
( ) Asma
( ) ITS
( ) Otros

_____

TRANSFUSIONES PREVIAS

Fecha	Hospital	Hemocomponente	Reacciones Adversas	Observaciones

CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de término: _____

Nombre del personal que realiza la transfusión: _____

Firma y sello del personal que realiza la transfusión: _____

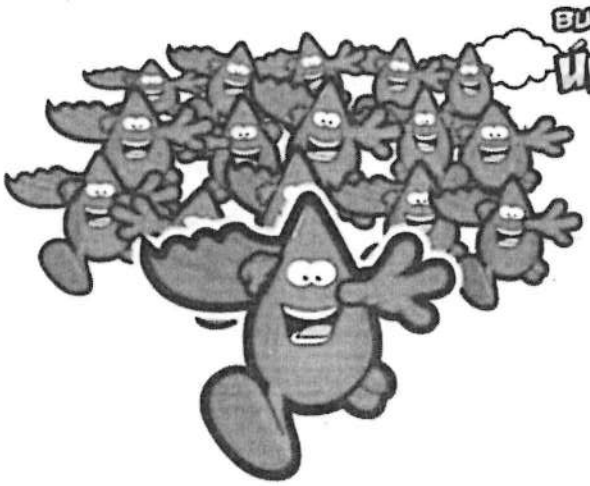
Parámetro/hora						
Presión arterial (mmHg)						
Pulso (xmin)						
Frecuencia respiratorio (°C)						
Palidez (Hematocrito)						
Cianosis						
Sangrado (Rto. Plaquetas)						
Volumen del sangrado						

Scanned with CamScanner

PERÚ | Ministerio de Salud

Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (Ley N° 26454)

HOSPITAL REGIONAL ABANCAY GDV

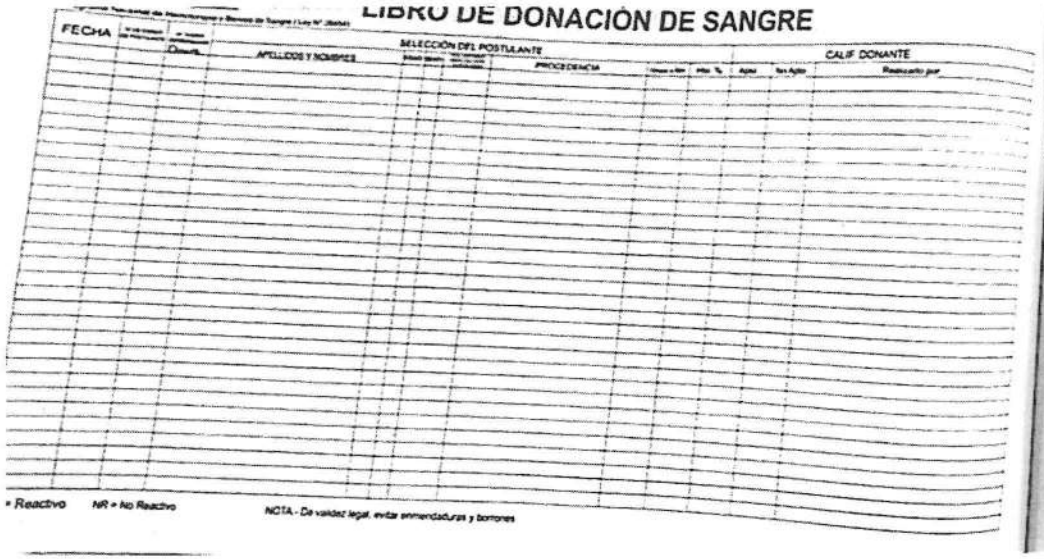


DE 13/12/2018 A 09/10/2020

LIBRO DE DONACIONES DE SANGRE

Se recomienda conservar la confidencialidad

Scanned with CamScanner



LIBRO DE DONACIÓN DE SANGRE

FECHA | Nº Orden | Nº Historia Clínica

SELECCIÓN DEL POSTULANTE: APELLIDOS Y NOMBRES | PROCEDENCIA | Hb ≥ 12.5 gr/dl | Hto. % | CALIF. DONANTE: Apto | No Apto | Rechazado por

* Reactivo NR = No Reactivo

NOTA.- De validez legal, evitar enmendaduras y borrones

REGISTRO DE UNIDADES DE SANGRE

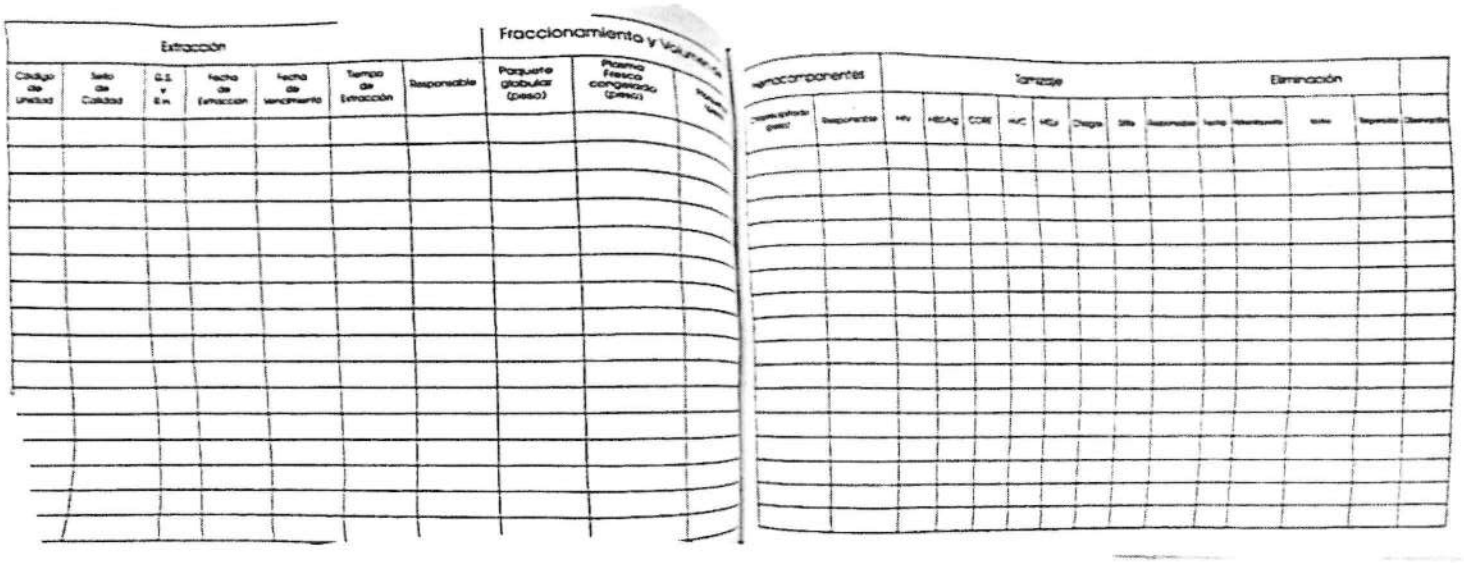
CENTRO DE HEMOTERAPIA TIPO II

Nº REGISTRO 03 - 0301 - 120

CÓDIGO DE DONANTE | PRUEBAS DE TAMIZAJE OBLIGATORIAS: VIH I - II | Sífilis | Hepatitis B | Hepatitis C | HTLV I y II | Chagas | OTRAS PRUEBAS: Malaria | Bartonella | Especificar | PREPARACIÓN DE HEMOCOMPONENTES: P. Concentrado | P. F. Cong. | Plaquetas | P. Aféresis | Crioprecip. | ELIMINACIÓN (Señalar causas)

V°B° MEDICO ENCARGADO _____ NOMBRE Y FIRMA

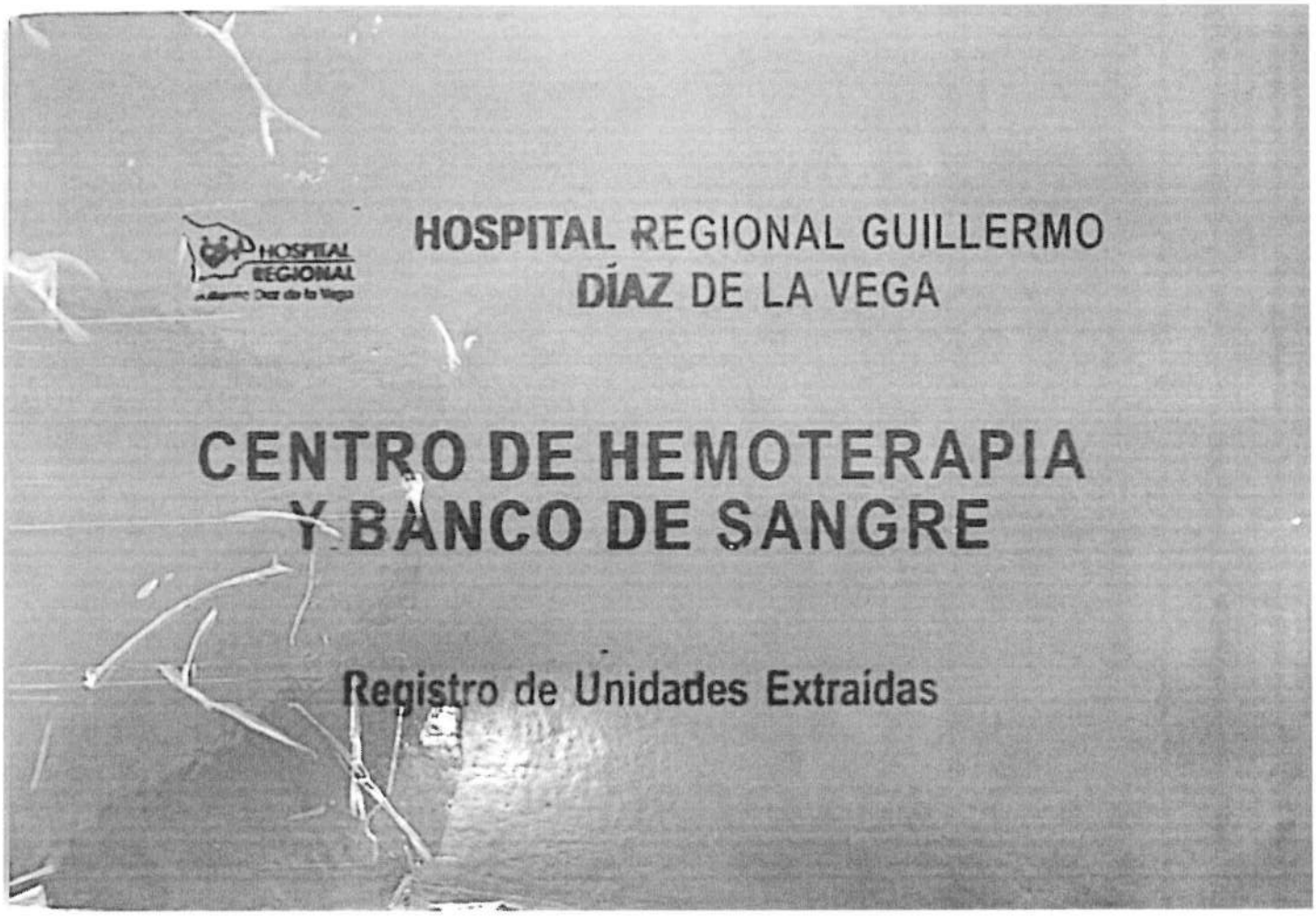
PERSONAL RESPONSABLE _____



Extracción							Fraccionamiento y [illegible]		
Código de Unidad	Tipo de Calidad	G.S. y F.n	Fecha de Extracción	Fecha de vencimiento	Tiempo de Extracción	Responsable	Paquete globular (peso)	Plasma Fresco congelado (peso)	[illegible]

Hemocomponentes		Tamizaje								Eliminación					
[illegible] (peso)	Responsable	HIV	HBsAg	CCNE	HVC	HCV	Chagas	Sífilis	Observaciones	Fecha	Observaciones	Motivo	Responsable	Observaciones

Scanned with CamScanner



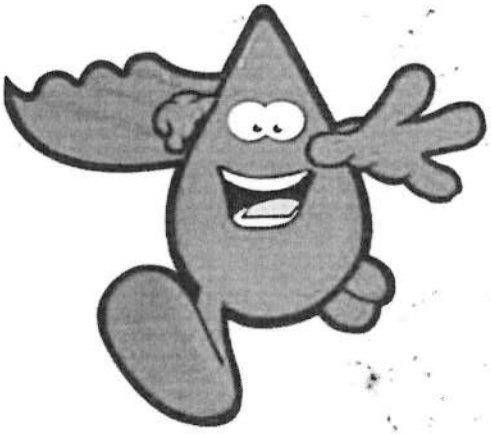
Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

PERÚ | Ministerio de Salud

Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (Ley N° 26454)

HOSPITAL REGIONAL ABANCAY GDV



DONA SANGRE
SALVA VIDAS

LIBRO DE TRANSFUSIONES

Se recomienda conservar la confidencialidad

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD

Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (Ley N° 26454)

LIBRO DE TRANSFUSIONES

000262

HOSPITAL: REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY

CENTRO DE HEMOTERAPIA TIPO: II

N° REGISTRO: 03 - 0331 - 120

FECHA	Código Donante	N° Bolsa Colocó	Grupo y Rh	HEMOCOMPONENTE SOLICITADO						DATOS DEL PACIENTE						PRUEBA COMPAT.		ATENDIDO POR	RECEPCIONADO POR	REACCION POST TRANSFUSIONAL		OBSERVACIONES	COSTO O CONVENIO
				Sangre Ent.	P. Globular	P. F. Cong.	Prosorbos	P. Reducido	Criosnicio	APELLIDOS Y NOMBRES	Diagnostico	Edad	Sexo	Grupo y Rh	Servicio	CAMA	SI	NO			SI	NO		

NOTA.- De Validez Legal, evitar enmendaduras y Borrones

V°B° MEDICO ENCARGADO _____ (Nombres y Firma)

PERSONAL RESPONSABLE _____

2

HOSPITAL REGIONAL
Guillermo Díaz de la Vega

HOSPITAL REGIONAL " GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

TARJETA DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES

GRUPO SANGUINEO:.....FACTOR Rh:.....

N° DE BOLSA:.....N° SELLO DE CALIDAD:.....

NOMBRE DEL RECEPTOR:.....

SERVICIO:.....N° CAMA:.....

PRODUCTO REMITIDO: PAQUETE GLOBULAR ( ) PLAQUETAS ( )

PLASMA FRESCO ( ) CRIOPRECIPITADO ( )

VOLUMEN:.....

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD SI ( ) SIN P. CM ( )

FECHA: / / PERSONAL RESPONSABLE:.....

NOTA: CONSERVAR ESTA TARJETA EN LA HISTORIA CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA"

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

EG010-FR02: ACTA DE ELIMINACIÓN DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS

El día_____de_____de_____, siendo las_____horas, en presencia del_____

_____

_____

_____

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

N° UNIDAD	GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR Rh	HEMOCOMPONENTE ELIMINADO	CAUSA DE ELIMINACIÓN

Firma y sello del Responsable del Servicio: _____

Firma y sello del Representante de Salud Ambiental: _____