

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000093

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037  
N° E/M : 00082

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
	Fax :	
Teléfono :		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		
			<b>SE ADJUNTAN: ESPECIFICACIONES TECNICAS</b>		
				<b>TOTAL</b>	

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 N° 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





# GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



## FORMATO N° 01 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS 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. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES 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 TÉCNICAS	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	1000
7	FORMATO DE ACTA DE ELIMINACIÓN DE HEMOCOMPONENTES	CIENTO	TAMAÑO: HOJA A4	10
8	LIBRO 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 DE 100 HOJAS, 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 APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



Los bienes deben de estar bien elaborados y en condiciones óptimas. Garantía mínima de un año para los libros.
<b>VII. MUESTRAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Se adjuntan modelo de los formatos.</li></ul>
<b>VIII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL</b>
Proveedor habilitado para la comercialización de insumos de imprenta u oficina. No se requiere personal especializado.
<b>IX. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA</b>
<b>Lugar:</b> 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. <b>Plazo:</b> La entrega se realizará en un máximo en 10 días calendario después de emitida la orden de compra.
<b>X. CONFORMIDAD</b>
Se otorgará cuando el contratista cumpla con el tiempo de entrega, especificaciones técnicas, la cantidad y calidad de los bienes a contratar.
<b>XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO</b>
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.
<b>XII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA</b>
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.
<b>XIII. PENALIDADES (Obligatorio)</b>
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:  <b>Penalidad Diaria = <math>0.10 \times \text{Monto}</math></b> <b>F x Plazo en días</b> 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.
<b>XIV. OTRAS PENALIDADES</b>
No aplica.
<b>XV. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL</b>
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 N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
<b>XVI. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO</b>
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



**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



**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 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.

  
*Blgo. William Concha Ayma*  
JEFE DEL SERVICIO HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE

Firma  
Área usuaria o técnica estratégica

**EG 05 - RF08: SOLICITUD TRANSFUSIONAL**

FECHA

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

<b>Nombres y Apellidos:</b>		<b>Nº de Hcl</b>					
<b>sexo:</b> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Edad</b>	<b>Grupo: Rh:</b>				
<b>Servicio</b>		<b>Sala</b>	<b>Nº de Cama</b>				
<b>Transfusiones previas</b> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>					
<b>Reacciones Transfusiones Anteriores</b> SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO <input type="checkbox"/>				
<b>Embarazos previos</b>		<b>Abortos:</b>					
<b>Incompatibilidad Materno Fetal:</b>							
<b>Diagnóstico de enfermedades:</b>							
<b>Hb</b> .....g/dl	<b>Hto</b> .....%	<b>Plaquetas</b>	<b>/mm<sup>3</sup></b>				
<b>Requerimientos:</b>							
<b>Sangre Total</b>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<b>Unidades</b>	<b>Plaquetas aféresis:</b>
<b>Paquete Globular.</b>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<b>Unidades</b>	<b>Plaquetas:</b>
<b>Plasma Fresco Congelado:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<b>Unidades</b>	<b>Unidades Pediátricas</b>
<b>Crioprecipitado:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<b>Unidades</b>	<b>Otro(Especificado)</b>
		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
<b>Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante</b>							
<b>Fecha:</b>		<b>Hora:</b>					
<b>Requisito:</b>							
MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ( ) URGENTE ( ) PROGRAMADA ( )							
<b>EN CASO DE REQUERIR LA UNIDAD SIN PRUEBA CRUZADA:</b>							
<b>Firma y Sello del Médico Tratante/Solicitante</b>							

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

**RECEPCIÓN:**

**HORA:**

## PRUEBA DE COMPATIBILIDAD

COD. DE UNIDAD	N° 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:

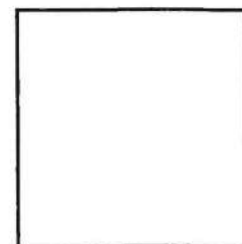
Yo, concedo autorización para que se me transfunda la cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realicé y que entiendo lo que es y cuales son los riesgos. También he tenido 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

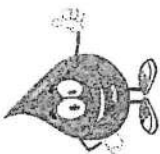


Huella Digital

49  
14



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



**CONSTANCIA DE DEPOSITO DE SANGRE**

EL (LA) SEÑOR (RA) ..... EN REPOSICIÓN PARA EL (LA)  
HA DEPOSITADO UNA UNIDAD DE SANGRE N° .....  
PACIENTE: .....  
SERVICIO: ..... CAMA N° .....  
Abancay ..... del 20.....



Servicio de banco de sangre

HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA" 14

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: \_\_\_\_\_

Fecha: (ddmmaaaa)  N° Postulante  Grupo Sanguíneo ABO Y Rh

Código del Donate  Hb y/o Hto

DNI, N° Pasaporte o Carnet de extranjería (Vigente)

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

Entrevistador

Firma

Huella dactilar

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

¿He leído y entendido el material 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 días?	SI	NO
¿Cuales?		
¿Esta actualmente en lista a espera para una cita con el medico?	SI	NO
¿Por que?		
¿Se encuentre ahora bien de salud?	SI	NO
<b>EN LAS PROXIMAS 24 HORAS:</b>		
¿Ve e realizar actividad laboral, deportivas u otras actividades riesgosas?	SI	NO
<b>EN LAS ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS:</b>		
¿Ha tenido fiebre o dolor de cabeza o evidencia de enfermedad?	SI	NO
<b>EN EL ÚLTIMO MES:</b>		
¿Recibió alguna vacuna ? ¿Cual?	SI	NO
¿Tuvo contacto con algún paciente portador de alguna enfermedad contagiosa?	SI	NO
<b>EN LOS ÚLTIMOS DOCE (12) MESES:</b>		
¿Se coloco Ud. tatuajes, "pircinq, tatuajes, en algún lugar del cuerpo u contacto accidental con sangre?	SI	NO
¿Tuvo Ud. intervenciones quirurgicalas?	SI	NO

EN ALGUNA OCASIÓN DURANTE SU VIDA:

¿Padece 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. .... N° de gestaciones: .....

4. CON ASESORÍA DEL ENTREVISTADOR

¿Cree que podría ser o tiene dudas respecto a que podría ser dr de VIH, Hepatitis B y C? SI NO

¿Algune vez en su vida usó drogas lícitas endovenosas u otras? SI NO

¿Tiene o ha tenido conducta sexual de riesgos. en el último año? SI NO

¿Se he hecho alguna prueba de descarte de VIH? SI NO

¿Ha mantenido relaciones íntimas con personas 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:  Tiempo: \_\_\_\_\_ (Días) (Meses) (Años)

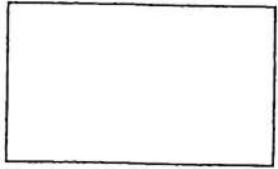
(marca con una "X") Fecha que puede retomar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOTIVO: .....

NO APTO PERMANENTE:  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)



Grupo Sanguíneo:  Factor Rh:

N°de Postulante:

Fecha:

N°de Donante:

**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre:	Edad: años	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Donante

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Entrevistador

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 Antígeno de Superficie de VHB (HBsAg) por ELISA			
86704	Detección de Anticuerpo Anti-HBcAg Total ELISA			
86780	Prueba específica de <i>Traponema pallidum</i> (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

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 técnica de antoglobulina			
36430	Transfusión de sangre o componente sanguíneo			
	Fenotipos			

-----  
Responsable  
Seguro Integral de Salud

-----  
Responsable  
Servicio de Banco de Sangre



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

REGISTRO N° 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)						

Scanned with CamScanner



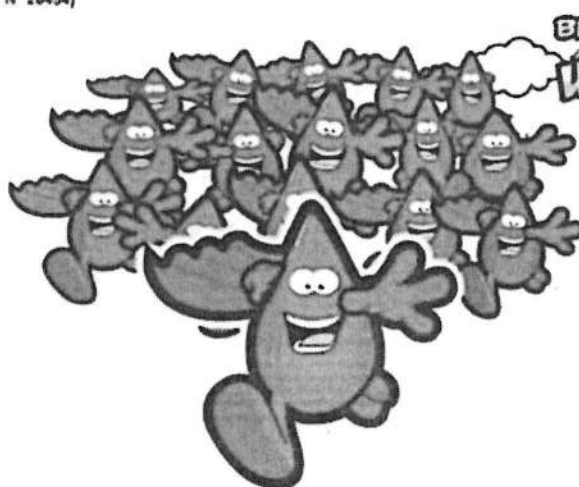
PERÚ

Ministerio de Salud

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



HOSPITAL REGIONAL ABANCAY GDV



BUSCAMOS HÉROES.  
ÚNETE A NOSOTROS.

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

# LIBRO DE DONACIONES DE SANGRE

Se recomienda conservar la confidencialidad









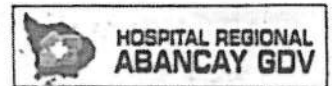
**HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO  
DÍAZ DE LA VEGA**

**CENTRO DE HEMOTERAPIA  
Y BANCO DE SANGRE**

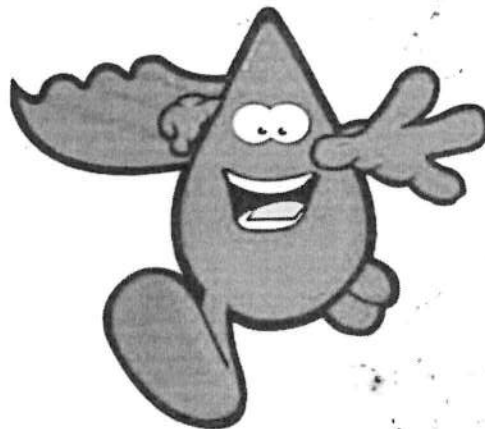
**Registro de Unidades Extraídas**

142

Scanned with CamScanner



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



**DONA SANGRE  
SALVA VIDAS**

# **LIBRO DE TRANSFUSIONES**

recomienda conservar la confidencialidad



MINISTERIO DE SALUD

Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (Ley N° 24434)

MEMORANDUM SOLICITADO

Grupos y Rh: \_\_\_\_\_

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

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

# LIBRO DE TRANSFUSIONES

000022

HOSPITAL: REGIONAL CALLEJO DEL LA VIGA MASCAR

CENTRO DE HEMOTERAPIA TIPO: \_\_\_\_\_

N° REGISTRO: 01.0211.123

RESERVA COMPAZ

ATENDIDO POR

RECIBIDO POR

MACRO POSIT TRANSFUSIONAL

OSIFICACIONES

COSTO O CREDITO

OTI - De Velas Legit. ante autoridades y Burros

YPS MEDICO ENCARGADO

PERSONAL RESPONSABLE



**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**

2

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

