MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

Nº 089-2013-DG-HEJCU

Resolución Directoral

Miraflores, 18 de Abril del 2013.

VISTO:

El Expediente Nº 13-002959-005, que contiene el Memorando Nº 088-DPC-HEJCU-2013 emitido por la Jefa del Departamento de Patología Clínica, el Informe Nª 063-2013-OEPP-EPO-HEJCU emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe Legal Nº 078-2013-OAJ-HEJCU emitido por la Jefa de la Oficina de Asesoría Legal; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/GOP-V-02: "Directiva para la Formulación de Documentos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias con las Resoluciones Ministeriales; R.M Nº 809-2006/MINSA, R.M Nº 205-2009/MINSA y R.M Nº 317-2009/MINSA; donde se establecen las normas de carácter técnico, criterios y procedimientos para la elaboración, aprobación, revisión y modificación del Manual de Procesos y Procedimientos"; estableciendo al Manual de Procesos y Procedimientos como documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales; y tiene por finalidad establecer los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales del Hospital que logren el cumplimiento a los objetivos y funciones;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

Que, mediante Resolución Directoral Nº 091-2012-DG-HEJCU-OEPP, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el Capítulo VI (Descripción de Funciones) establece que una de las funciones del Departamento de Patología Clínica es elaborar el Manual de Organización y Funciones – MOF; el Manual de Procesos y Procedimientos – MAPRO y otros documentos de gestión de su Departamento.

Que, mediante documento de visto, la Jefa del Departamento de Patología Clínica remite el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" actualizado, elaborado en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la normatividad vigente, por lo que solicita su revisión y aprobación.

Que, mediante Informe Nº 088-DPC-HEJCU-2013, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto refiere que ha revisado el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Patología Clínica el cual se adecua a los parámetros establecidos y se ajusta a los estándares para la elaboración de documentos técnicos normativos de gestión institucional respetando la normativa vigente, por lo que emite su conformidad y opinión técnica favorable sobre el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", recomendando aprobar el presente Manual mediante Resolución;

Estando a lo propuesto e informado por el Departamento de Patología Clínica;

Contando con las visaciones del director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, el Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Jefa del Departamento de Patología Clínica y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

De conformidad a lo establecido en la Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, y sus modificatorias con R.M Nº 809-2006/MINSA, R.M Nº 205-2009/MINSA y R.M Nº 317-2009/MINSA; y en aplicación a lo establecido en el literal d) del Artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA;

En uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**, que en anexo (39 Folios) forma parte integrante de la presente Resolución, por las razones expuestas en la parte considerativa.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DAR TERMINO a la Resolución Directoral Nª 260-2010-DG-HEJCU-OEPP a partir de la fecha, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que la Jefatura del Departamento de Patología Clínica, como unidad orgánica competente, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión a fin de dar cumplimiento del presente Manual.

ARTÍCULO CUARTO.-ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico para que a través de la Unidad Orgánica Competente, realice la evaluación y revisión del Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Patología Clínica por lo menos una vez al año y su actualización, cuando el caso lo amerite de acuerdo a la normatividad.

ARTÍCULO QUINTO.-ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese, Publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

Dr. MANUEL A. VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13552

MAVZ/JHDC/IVDI/EFZ/dsb.
Distribución:

Ofic. Ejec. Planeamiento y Presupuesto
Ofic. Ejec. Administración
Ofic. Dpto. de Patología Clínica.
Ofic. Asesoría Jurídica.
Ofic. de Comunicaciones.
Archivo.

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

MARZO-2013

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Patología Clínica constituye una unidad orgánica de línea del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, encuentra en sus funciones numerosas acciones a realizar esto como consecuencia de ser un establecimiento de alta categoría (III-1), aunado a lo anterior se halla el estar dedicado a la atención de pacientes en condición de emergencia (lo cual determina una alta responsabilidad intrínseca a todo el sector salud); que como es de entender, tal condición amerita decisiones no solo certeras sino rápidas y oportunas, es así, que el Departamento de Patología Clínica lleva un papel importantísimo en este actuar al permitir corroborar, aclarar o diagnosticar patologías que pudieran estar tentándose como diagnóstico o que simplemente pasaron por alto debido al momento propio de la emergencia.

Entendiendo lo anterior se hace necesario el normar y aclarar las acciones llevadas a cabo por este Departamento, permitiendo identificar de manera más clara los pasos de sus acciones y el personal inmerso en ellas, así también el conocer tópicos a mejorar respecto a sus procesos.

Para la actualización del presente documento se coordinó y contó con el apoyo del personal que labora en el Departamento de Patología Clínica y con la asesoría técnica de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto.

CAPITULO I

OBJETIVO DEL MANUAL

El presente Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, tiene como objetivos:

a) Determinar los procesos y procedimientos respectivos, desarrollados por el Departamento.
b) Establecer las áreas y el personal inmerso en dichos procesos y de esta manera conocer a los responsables en cada etapa.
c) Guiar al personal para desarrollar sus acciones y permitir el seguimiento de los insumos y productos del proceso.
d) Permitir conocer los problemas involucrados en el desarrollo de cada uno de los procesos-procedimientos.

ALCANCE

La aplicación de este manual, se circunscribe al Departamento de Patología Clínica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en sus diferentes componentes funcionales; su conocimiento y aplicación es de carácter obligatorio por parte del personal nombrado, contratado o destacado de esta Oficina, en concordancia con los dispositivos legales vigentes.

CAPITULO II

BASE LEGAL

- Ley Nº 26842 - Ley General de Salud
- Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Ley Nº 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General
- D.S. Nº 013-2002-SA aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657
- D.S. Nº 023-2005-SA aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial Nº 603- 2006/MINSA aprueba Directiva Nº 007–MINSA/OGPE–v.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 767-2006-MINSA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital José Casimiro Ulloa.
- RM 627-2008/MINSA "Norma Técnica de Salud de la Unidad productora de Servicios de Patología Clínica.
- Resolución Directoral Nº 659-2005-DG-DESP-DSS-DISA V LC, que otorga al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa la categoría III – 1, como Hospital III Especializado en Emergencias del Tercer Nivel de Atención.
- Resolución Directoral N° 324-2012-DG-HEJCU. aprueba el Cuadro para Asignación de Personal del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
- Resolución Directoral Nº 091-2012-DG-HEJCU, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

CAPITULO III

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

				Ficha N°	01
(1) OFICINA /DIRECCIÓN (2° Nivel organizacional)	DIRECION GENERAL				
(2) OFICINA /DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLINICA				
N°	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Procedimiento	Resultado /Producto	Usuario	Base Legal
1	Solicitud de análisis	Pre Analítico (Toma de Muestra)	Toma y registro de muestra	Departamentos Asistenciales	ND
2	Muestra registrada	Analítico	Resultado de examen registrado	Áreas de Patología Clínica	ND
3	Resultado de examen registrado.	Post Analítico (Entrega de Resultados)	Reporte de análisis clínico realizado.	Departamentos Asistenciales, Pacientes	ND
4	Orden de Anatomía patológica	Análisis de Piezas Anatomo-Patológicas	Informe Anátomo-Patológico	Empresa Externa, Departamentos Asistenciales	ND
5	Solicitud de depósito de sangre	Depósito de Sangre	Constancia de Donación / Pase para Intervención Quirúrgica.	Departamentos Asistenciales, HDMN-S	ND
6	Solicitud transfusional	Transfusión de Hemocomponentes	Transfusión realizada.	Departamentos Asistenciales	ND
7	Necesidad de reposición de unidades de sangre	Reposición de Sangre	Constancia de Donación	Departamentos Asistenciales, HDMN-S	ND
8	Necesidad de Hemocomponentes.	Solicitud de Hemocomponentes: Horario Administrativo	Hemocomponente almacenado en Banco de Sangre del HEJCU.	HDMN-S Dirección del HEJCU	ND
9	Necesidad de Hemocomponentes.	Solicitud de Hemocomponentes: Horario no Administrativo	Hemocomponente almacenado en Banco de Sangre del HEJCU.	HDMN-S Dirección del HEJCU, Jefe de la Guardia	ND
10	Muestras y materiales usados	Disposición y Desecho de Muestras e Insumos Usados	Material desinfectado / desechado	Oficina de Serv. Grales. y Mantenimiento	ND
11	Set de Transfusión usados	Disposición y Desecho de Set de Transfusión Utilizados	Set desechado y Acta de Eliminación	Servicios Generales	ND
12	Reactivos	Verificación, Control Y Uso De Reactivos	Reactivos usado o desechado	Departamento de Patología Clínica	ND
13	Memorándum de solicitud de Programación de Capacitación.	Elaboración del Programa de Capacitación del Personal del Departamento de Patología Clínica	Programación de Capacitación remitida a OADI.	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.	ND
FECHA : Marzo - 2013			En la columna "Base legal" anotar según corresponda, lo siguiente: NG - Si tiene Norma General ND - Con Directiva o Norma de detalle S/N – Sin base legal O Norma		
..... FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR					

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	PROCESO PRE ANALÍTICO (TOMA DE MUESTRA)	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	001-DP

PROPÓSITO :	Tomar muestras según solicitud de análisis clínico emitida por el médico para realizar posteriormente el proceso analítico.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Banco de Sangre), Departamentos Asistenciales.
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Toma de muestra por día	Número de tomas de muestras por día	Software de Laboratorio	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

RM 627-2008/MINSA "Norma Técnica de Salud de la Unidad productora de Servicios de Patología Clínica

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

1 INICIO: El personal del área de Toma de Muestra revisa la solicitud de Análisis Clínico emitida por el médico, firma el cargo, recepciona y verifica que este adecuadamente llenado, la constancia de caja, SIS, SOAT, por pendiente o exonerados, colocara la hora de recepción y se codifica según numero correlativo del turno.

2 Para la realización de la toma de muestra se realiza según corresponde:

- Sangre: El personal de toma de muestra acude a tomar la muestra al departamento asistencial donde se encuentra el paciente, en el Laboratorio o donde se encuentre el paciente.
- Orina, heces: El personal de toma de muestra entrega el material para que el personal del departamento asistencial y/o paciente proceda a tomar la muestra según corresponda y la entregue al área de toma de muestra rotulado.
- AGA: El personal del departamento asistencial proceda a tomar la muestra y la entregue al área de toma de muestra rotulada, FiO2 y Temperatura.
- Productos de procedimientos médicos invasivos: El personal de toma de muestra entrega el material para que el personal del departamento asistencial proceda a tomar la muestra según corresponda y la entregue al área de toma de muestra rotulada. Central de Esterilización proporciona el material si se requiere de material de estéril (cultivos).

3 Luego se procede colocar la hora de toma de muestra en la solicitud de análisis y registrar la muestra en el Software de Laboratorio de Toma de Muestra y se entrega al área correspondiente adjuntando la solicitud de Análisis Clínico (área de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Banco de Sangre).

4 FIN

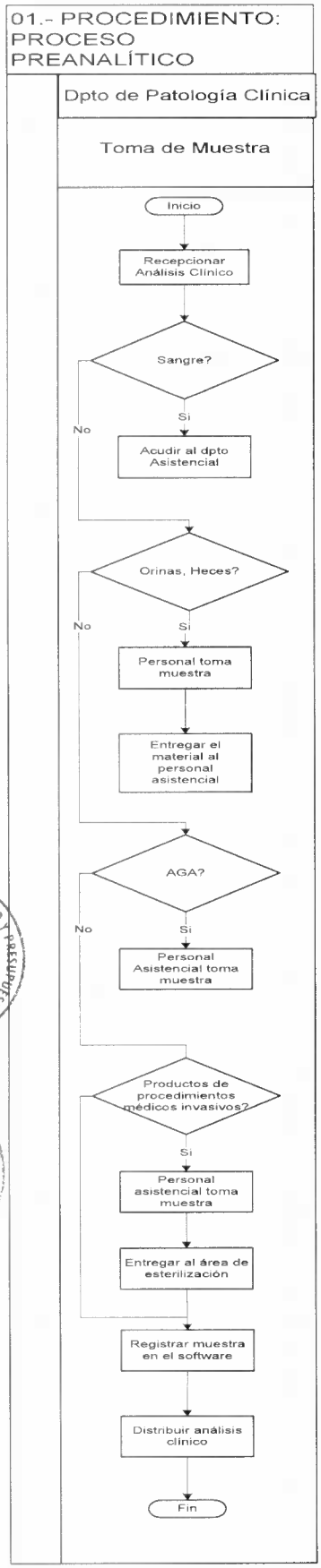
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de análisis	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Muestra tomada	Áreas de Departamento de patologia clínica	A demanda	Manual

DEFINICIONES	Constancia de Caja: Comprobante de Pago, de exonerado, por pendiente, SIS/SOAT y exonerados.
REGISTROS	Software de Laboratorio – SIGLA.



OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
REPÚBLICA DEL PERÚ
H.E.J.C.U.

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA
REPÚBLICA
HEJCU

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	PROCESO ANALÍTICO	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	002-DP

PROPÓSITO :	Analizar las muestras tomadas según solicitud de análisis clínico emitida por el médico y obtener los resultados respectivos para la realización posterior del proceso post analítico.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Banco de Sangre).
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Muestras recepcionadas/día	Muestras recepcionadas diarias	Software de Laboratorio	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO:

1 El personal de Toma de Muestra entrega a cada área la muestra, la solicitud emitida por el médico y la constancia de caja, SIS, SOAT, por pendiente o exonerados

2 El personal de cada área de Patología Clínica (Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología) recepciona la solicitud, la muestra y la constancia de caja, SIS, SOAT, por pendiente o exonerados. Se procede a analizar las muestras acorde a procedimientos establecidos.

3 Los resultados se transcriben y son validados en el software de Laboratorio para las diferentes áreas (Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología y Banco de Sangre).

4 Paralelamente se realiza el proceso de Verificación, Control y Uso de Reactivos; así como el de Disposición y Desechos de Muestras e Insumos según procedimiento descrito posteriormente.

5 FIN.

ENTRADAS

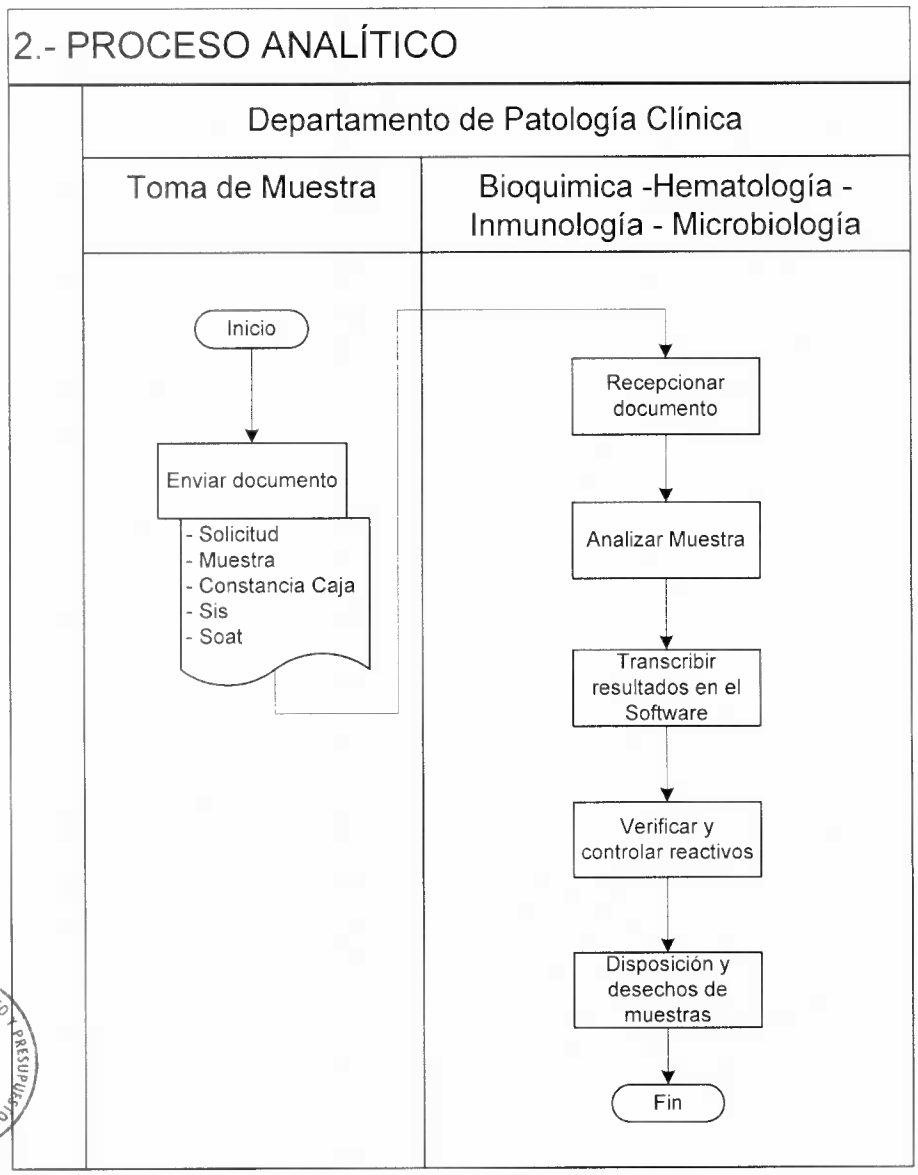
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de análisis y muestra correspondiente	Patología Clínica (Área de Toma de Muestra)	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Resultado de Análisis Clínico	Áreas del Departamento de Patología Clínica	A demanda	Manual

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Software de laboratorio
ANEXOS	Flujograma

2.- PROCESO ANALÍTICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Proceso Post Analítico (Entrega de Resultados)	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	003-DP

PROPÓSITO :	Proceder a la entrega de resultados respondiendo a las solicitudes de análisis clínico emitida por el médico.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Banco de Sangre), Departamentos Asistenciales.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Resultados Entregados	Nº resultados entregados	Software de Laboratorio	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT Nº 008-MINSA/DGSP V.01 Manejo de Residuos Hospitalarios
- NT Nº 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO:

1 El personal del Área de patología Clínica que ejecuta el procedimiento transcribe, valida y firma los resultados en el reporte de Análisis Clínico.

2 Colocar la hora de informe en la Solicitud de Análisis.

3 Luego el personal de guardia de patología clínica valida el reporte de Análisis Clínico.

4 La entrega de resultados se realiza dependiendo del paciente:

- En Sala de Observación (Reposo de Varones/Mujeres): El personal técnico de Sala de Observación acude a recoger los resultados.
- Hospitalizado: El personal del área correspondiente (Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología) deja el reporte de Análisis Clínico en la historia clínica del paciente e informa a la enfermera de turno.
- Programados: El paciente acude en forma ambulatoria a recoger sus resultados al Dpto. de Patología Clínica.

5 La persona que recepciona los resultados firma y coloca la hora y fecha de recepción.

FIN

ENTRADAS

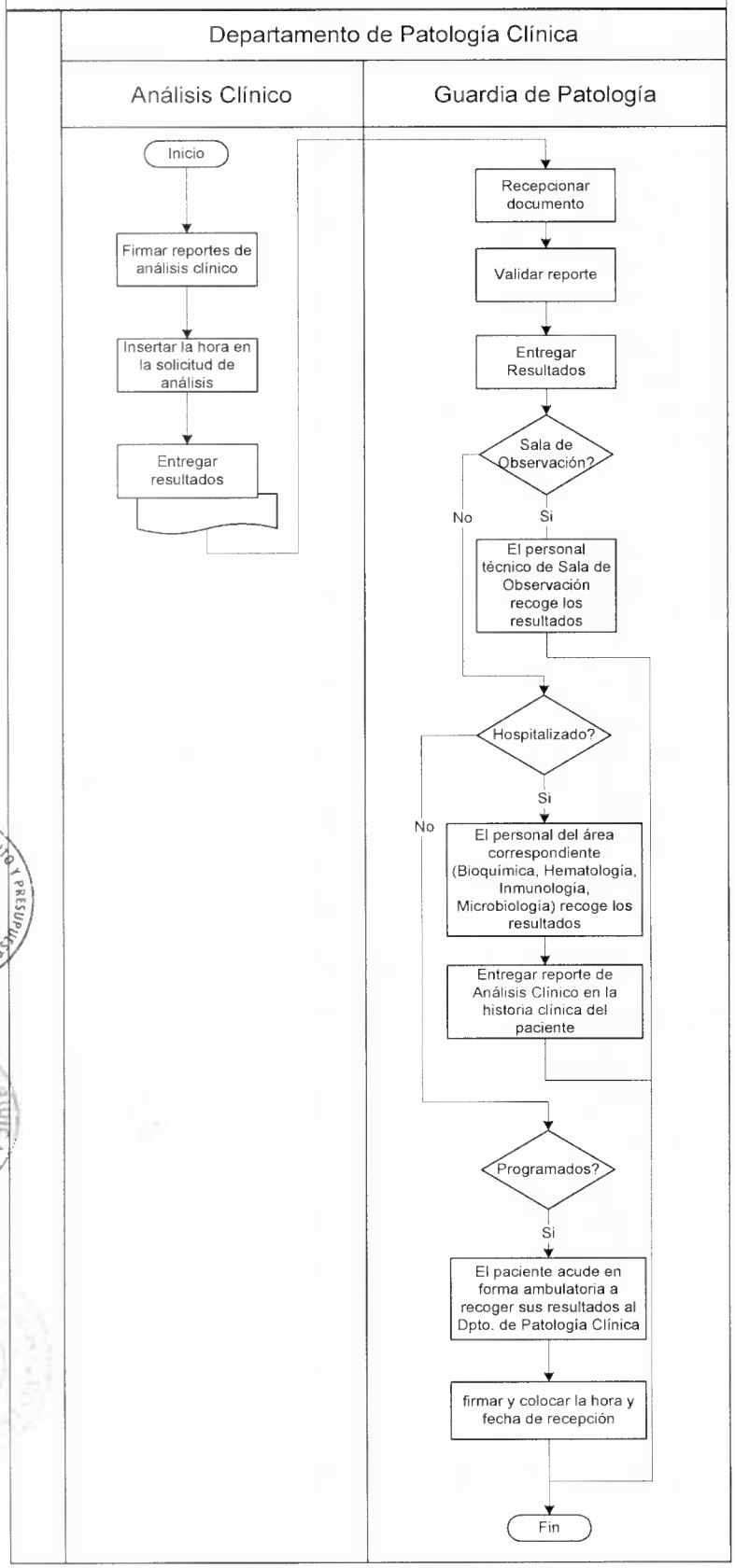
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Resultado de examen registrado.	Software de Laboratorio	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Formato de Reporte de Análisis Clínico	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Software de Laboratorio
ANEXOS	Flujograma, formatos

3.- PROCESO POST - ANALÍTICO (ENTREGA DE RESULTADOS)



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Análisis de Piezas Anatomo-Patológicas	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	004-DP

PROPÓSITO :	Responder a las Órdenes de Anatomía patológica solicitadas por SOP y otros departamentos, procesando las muestras y otorgando resultados.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica, Departamentos Asistenciales, Empresa Externa.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Piezas quirúrgicas y biopsias analizadas	Nº de piezas quirúrgicas y biopsias analizadas	Base de Datos	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT Nº 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	Personal de Empresa Externa recoge de Sala de Operaciones las piezas quirúrgicas, biopsias producto de las endoscopías, las órdenes de anatomía patológica y la constancia de caja.
2	Personal de Empresa Externa se lleva las piezas y procede a su análisis.
3	La empresa Externa entrega los resultados mediante Informe Anátomo-patológico al Departamento de Cirugía en forma interdiaria.
4	En la jefatura de Cirugía se registran los resultados en una base de datos
5	Personal de Cirugía envía los Informes Anátomo-patológicos a los departamentos respectivos.
6	FIN

ENTRADAS

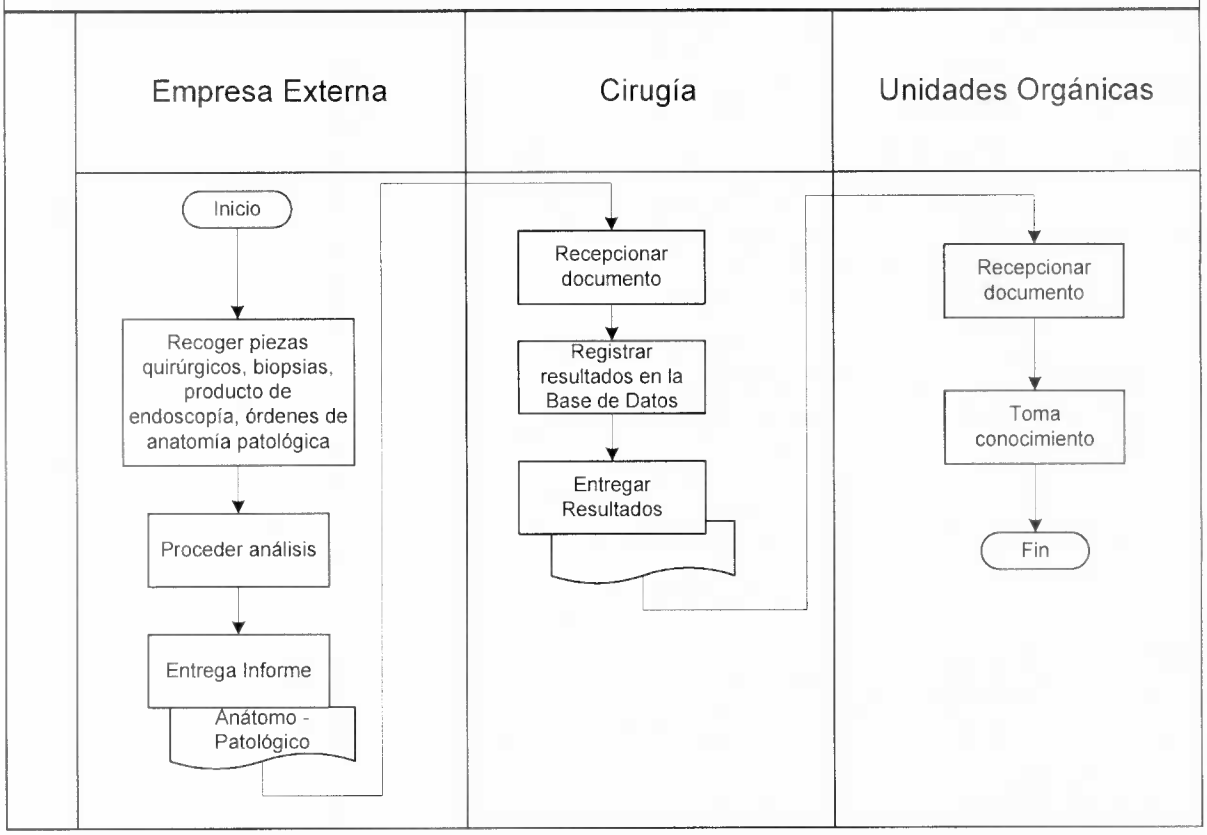
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de anatomía patológica	Sala de Operaciones/Departamentos Asistenciales	Diaria	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Formato de Informe Anatomo-patológico	Departamento Asistenciales	Interdiaria	Mecanizado

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Base de Datos
ANEXOS	Flujograma, formatos.

4.- PROCEDIMIENTO: ANÁLISIS DE PIEZAS ANÁTOMO - PATOLÓGICAS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**Depósito de Sangre – Paciente para corrección Quirúrgica**	**FECHA :**	MARZO -2013
		CÓDIGO :	005-DP

PROPÓSITO :	Mantener la reserva de hemocomponentes necesaria para la atención en procedimientos quirúrgicos.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre), Departamentos Asistenciales, Institución Externa: INEN.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Hemocomponentes en Banco de Sangre/día	Número de hemocomponentes almacenados al día	Cuaderno de Donaciones y Transfusiones	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT Nº 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	El médico asistente emite la solicitud de Depósito de Sangre y se lo entrega al familiar.
2	El familiar acude al Departamento de Patología Clínica donde es informado sobre el proceso de depósito en el HDMN-S.
3	El donante acude al HDMN-S, entrega la solicitud de Depósito de Sangre y efectúa la donación.
4	Recibe luego la Constancia de Donación del HDMN-S.
5	El familiar entrega la constancia de Donación del HDMN-S al área de Banco de Sangre para ser registrada en el Cuaderno de Donaciones - Transfusiones del HEJCU y le entregara una constancia de depósito.
6	El responsable de Banco de sangre entrega a familiar el Pase para Realizar la Intervención Quirúrgica.
7	El familiar entrega el Pase para Intervención Quirúrgica a enfermera de turno quien archiva el documento en la Historia Clínica del Paciente.
	FIN

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Depósito de sangre	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

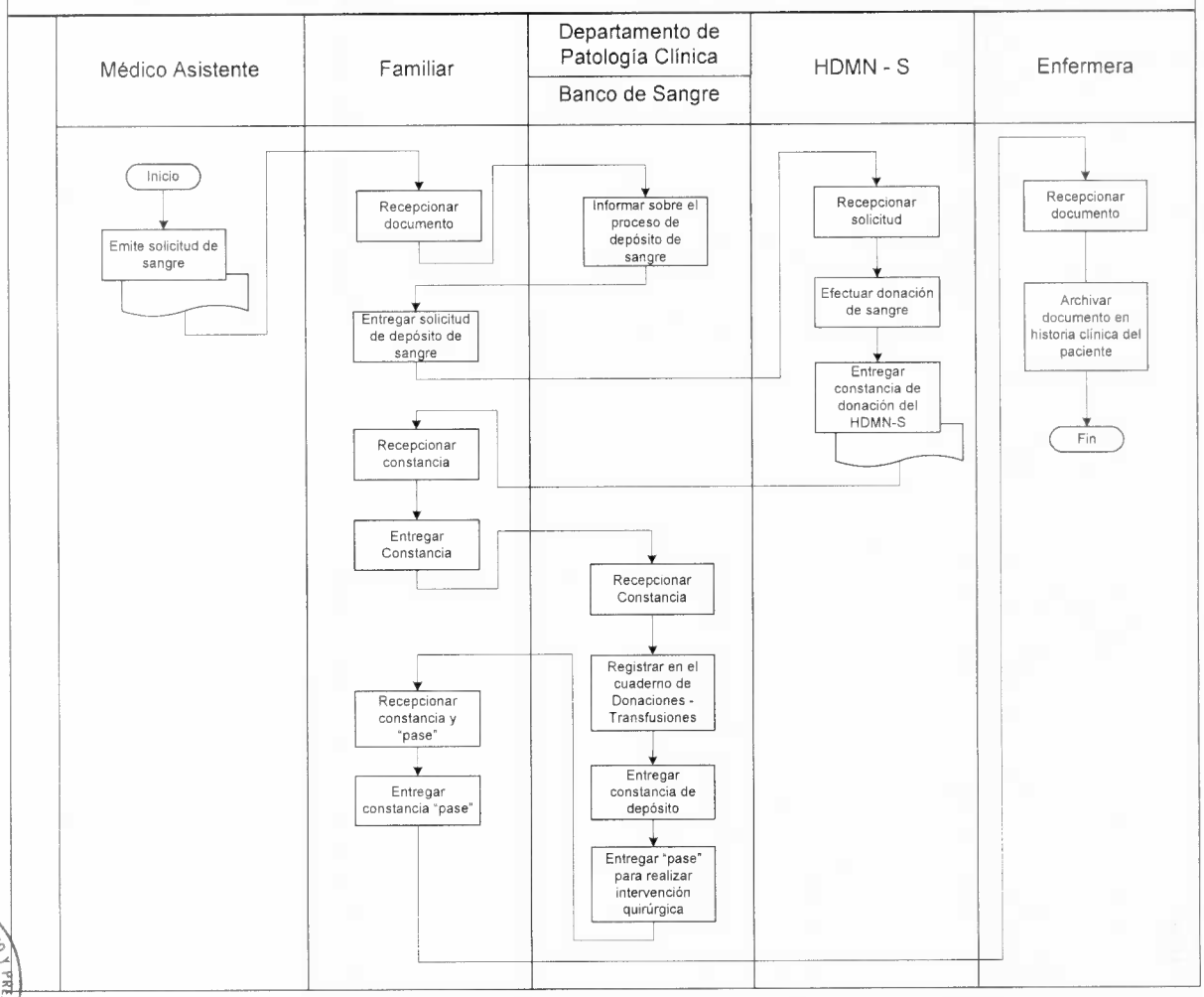
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Constancia de Donación del HEJCU	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

DEFINICIONES	HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé.
REGISTROS	Cuaderno de Deposito de transfusión.

ANEXOS	Flujograma, formatos.

5.- PROCEDIMIENTO: DEPÓSITO DE SANGRE – PACIENTE PARA CORRECIÓN QUIRÚRGICA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**Transfusión de Hemocomponentes**	**FECHA :**	Marzo -2013
		CÓDIGO :	006-DP

PROPÓSITO :	Realizar el proceso de transfusión sanguínea según orden médica emitida.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre), Departamentos Asistenciales.
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Hemocomponentes transfundidos/ hemocomponentes totales en banco de sangre/mes	Porcentaje de hemocomponentes transfundidos al mes	Libros de Registro de Transfusiones	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 008-MINSA/DGSP V0.1 Norma Técnica De Manejo De Residuos Sólidos Hospitalarios

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1 Luego del proceso Pre Analítico (toma de muestra realizada por personal que toma de muestra o de Banco de Sangre), y registro en el Software de Laboratorio de Toma de Muestra, se entrega la muestra y la orden Transfusional al Personal de Banco de sangre quien las recepciona, verifica que el formato de solicitud este adecuadamente llenado y procede a realizar las pruebas de compatibilidad.

2 Personal de Banco de Sangre rotula el hemocomponente procesado y lo registra en libro de Registro de Transfusiones.

3 La entrega del hemocomponente junto con la Hoja de Conducción de Transfusión procede según corresponda:

- Si paciente es proveniente de UCI, SOP, Trauma Shock: Personal de banco de sangre lleva el hemocomponente al Departamento Médico Asistencial.
- Si el paciente proviene de otras áreas: Personal técnico del departamento donde se encuentra hospitalizado el paciente acude a banco de sangre a recoger el hemocomponente.

4 La enfermera de turno recepciona hemocomponente, la hoja de conducción y firma el cargo. Luego procede a transfundir la unidad de sangre según orden médica.

5 Terminada la transfusión se reenvía a banco de sangre la Hoja de conducción llenada y el set de transfusión usado.

6 Banco de Sangre recepciona el set de transfusión usado, firma el cargo de la Hoja de Conducción y realiza el proceso de Disposición y Desecho de Set de Transfusión Usados según Norma Técnica de PRONAHEBAS; así como el de Reposición de Sangre según procedimiento descrito posteriormente.

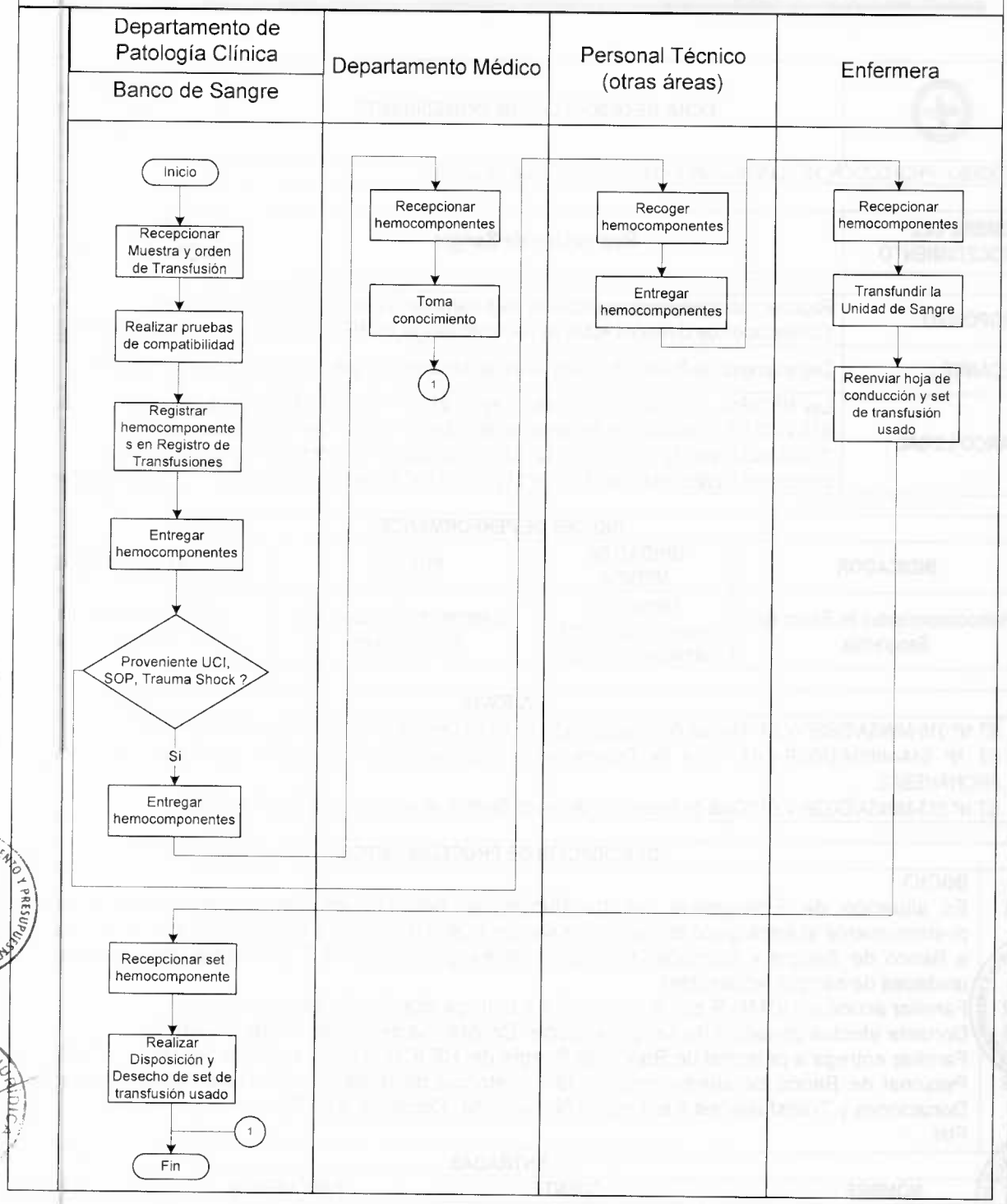
FIN.

ENTRADAS			
NOMBRE	**FUENTE**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Solicitud Transfusional	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	**DESTINO**	**FRECUENCIA**	**TIPO**
Hemocomponentes transfundidos	Departamentos Asistenciales	A demanda	Manual

DEFINICIONES	UCI: Unidad de Cuidados Intensivos, SOP: Sala de Operaciones
REGISTROS	Libro de registro de Transfusiones, Hoja de Conducción de Transfusión
ANEXOS	Flujograma, formatos.

6.- PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Reposición de Sangre	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	007-DP

PROPÓSITO :	Reponer hemocomponentes utilizados para mantener la reserva necesaria en el área de Almacenamiento y Conservación de Unidades Aptas de Banco de Sangre del HEJCU según Normas de PRONAHEBAS.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre), Institución Externa: HDMN-S
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Hemocomponentes en Banco de Sangre/día	Número de hemocomponentes almacenados al día	Cuaderno de Donaciones y Transfusiones	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	En situación de Emergencia, se transfunden al paciente los hemocomponentes necesarios y posteriormente el encargado de banco de sangre busca a familiar y entrega la Citación para acercarse a Banco de Sangre y coordinar reposición de sangre al HDMN-S (En dicha citación se indica las unidades de sangre requeridas).
2	Familiar acude al HDMN-S con los donantes y entrega citación de Banco de sangre
3	Donante efectúa donación de sangre y recibe "Constancia de Donación" del HDMN-S.
4	Familiar entrega a personal de Banco de Sangre del HEJCU la constancia de donación del HDMN-S.
5	Personal de Banco de sangre registra la Constancia de donación del HDMN-S en el cuaderno de Donaciones y Transfusiones y entrega a familiar una "Constancia de Donación de HEJCU".
	FIN

ENTRADAS

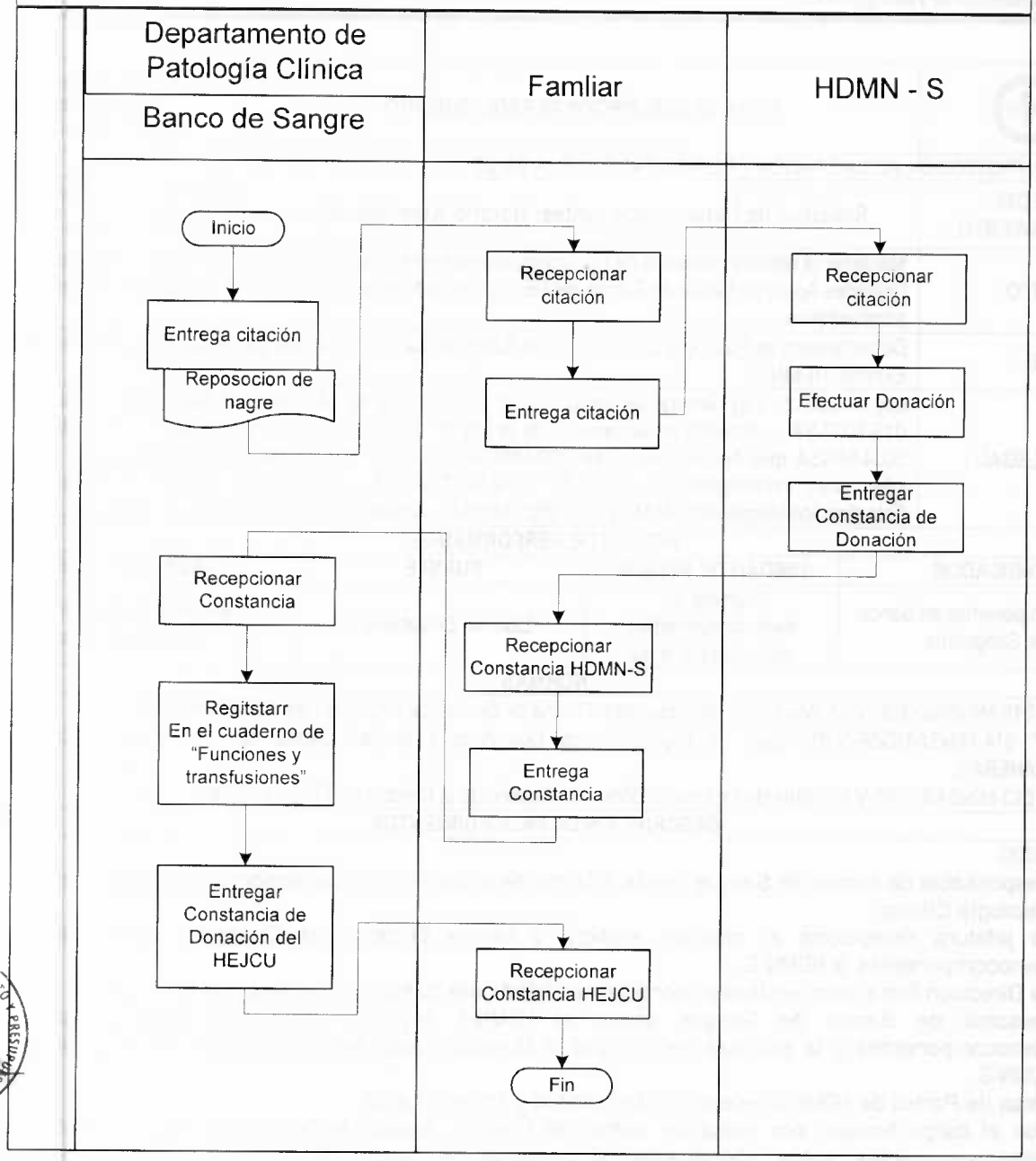
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Citación de Banco de Sangre	Departamento de Patología Clínica	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Constancia de Donación HEJCU	Familiar de Paciente	A demanda	Manual

DEFINICIONES	HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé.
REGISTROS	Cuaderno de Deposito de transfusión.
ANEXOS	Flujograma, formatos

7.- PROCEDIMIENTO: REPOSICIÓN DE SANGRE



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Solicitud de Hemocomponentes: Horario Administrativo	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	008-DP
PROPÓSITO :	Mantener la reserva necesaria de Hemocomponentes en el área de Almacenamiento y Conservación de Unidades Aptas de Banco de Sangre del HEJCU según Normas de PRONAHEBAS durante horario administrativo.		
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre, Jefatura), Dirección del HEJCU, Institución Externa: HDMN-S.		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Hemocomponentes en Banco de Sangre/día	Número de hemocomponentes almacenados al día	Libro de Donaciones	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	Responsable de Banco de Sangre remite informe de requerimiento de hemocomponentes a jefatura de Patología Clínica.
2	La jefatura recepciona el informe, elabora y remite Oficio a la Dirección para solicitud de hemocomponentes al HDMN-S.
3	La Dirección firma, remite oficio y coordina movilidad para transporte de personal al HDMN-S.
4	Personal de Banco de Sangre acude al HDMN-S llevando un cooler para transporte de hemocomponentes y la solicitud firmada por la Dirección para ser entregada a mesa de partes del HDMN-S.
5	Mesa de Partes de HDMN-S recepciona la solicitud y firma el cargo.
6	Con el cargo firmado por mesa de partes de HDMN-S, Banco de Sangre del HDMN-S entrega los hemocomponentes aptos coordinados al personal de banco de sangre del HEJCU quienes recepcionan, verifican, firman el cargo y trasladan los hemocomponentes al HEJCU.
7	En banco de Sangre de HEJCU se coloca códigos a hemocomponentes entregados por el HDMN-S.
8	Se almacenan los hemocomponentes en el Área de Almacenamiento y Conservación de Unidades Aptas según Normas Técnicas de PRONAHEBAS y se registra en el Libro de Donaciones. FIN

ENTRADAS

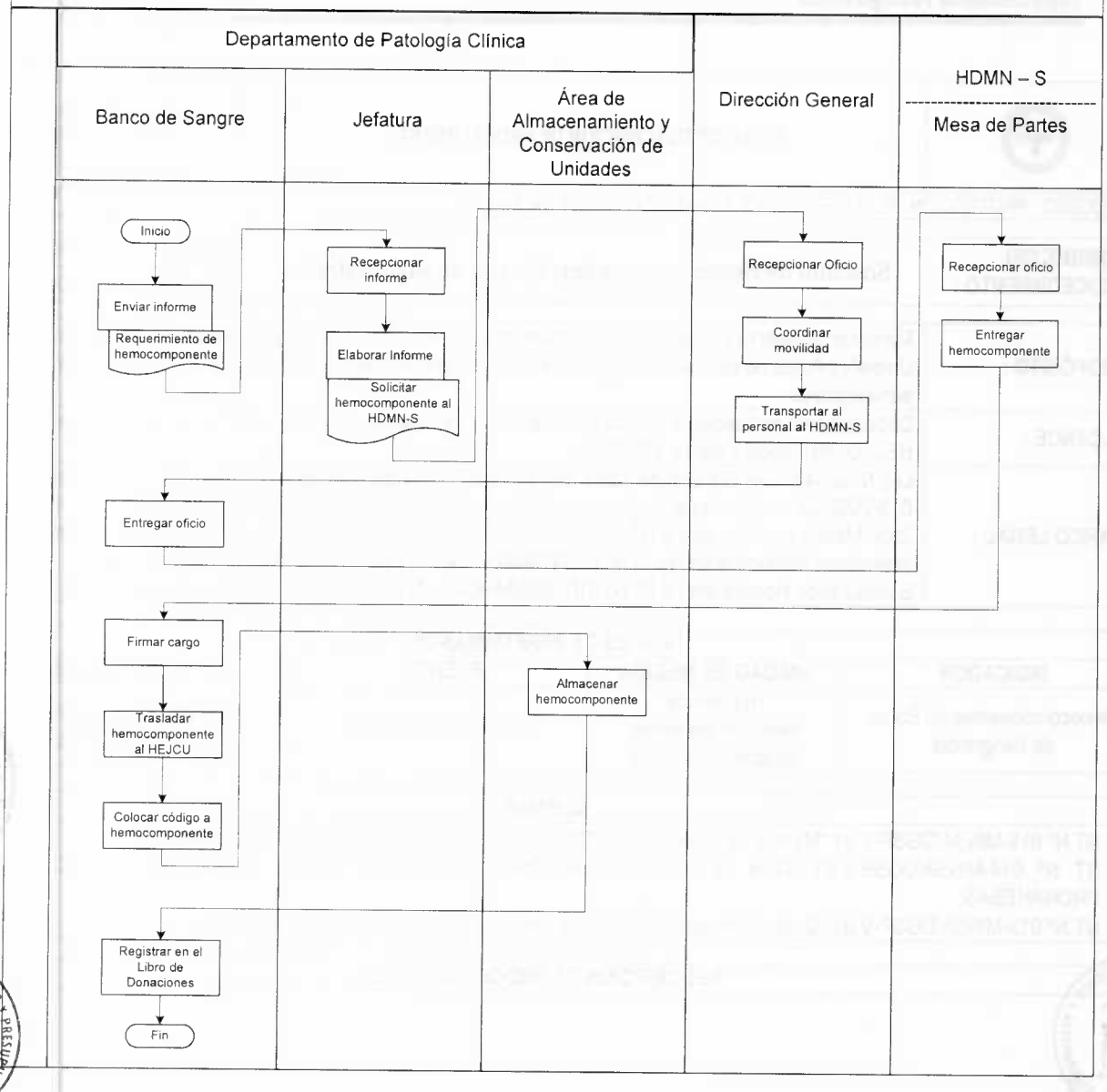
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Necesidad de Hemocomponentes.	Departamento de patología clínica	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Hemocomponentes almacenados en Banco de Sangre del HEJCU.	Departamento Patología Clínica	A demanda	Manual

DEFINICIONES	HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé.
REGISTROS	Libro de Donantes.
ANEXOS	Flujograma

8.- PROCEDIMIENTO: SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES – HORARIO ADMINISTRATIVO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	Solicitud de Hemocomponentes: Horario no Administrativo	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	009-DP

PROPÓSITO :	Mantener la reserva necesaria de Hemocomponentes en el área de Almacenamiento y Conservación de Unidades Aptas de Banco de Sangre del HEJCU según Normas de PRONAHEBAS durante horario no administrativo.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre, Jefatura), Jefe de la Guardia, Dirección del HEJCU, Institución Externa: HDMN-S.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Hemocomponentes en Banco de Sangre/día	Número de hemocomponentes almacenados al día	Libro de Donaciones	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT Nº 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	Personal encargado de Banco de Sangre del turno informa a responsable de la guardia del Departamento de Patología Clínica la existencia de menos de 10 unidades de paquetes globulares quien a su vez se lo comunica al Jefe de la Guardia del hospital.
2	El jefe de la guardia del hospital coordina (vía telefónica, NEXTEL, etc.) con jefe de la guardia del HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé sobre la necesidad de hemocomponentes.
3	El jefe de la guardia del hospital coordina movilidad para traslado de personal de banco de sangre al HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé y elabora oficio dirigido al Director del HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé.con atención al jefe de la guardia del HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño – San Bartolomé, solicitando los hemocomponentes necesarios.
4	Personal de Banco de Sangre acude al HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé, llevando un cooler para transporte de hemocomponentes y el oficio firmado por el jefe de la guardia para ser entregado a Banco de Sangre del HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé..
5	Banco de Sangre del HDMN-S entrega los hemocomponentes aptos coordinados al personal de banco de sangre del HEJCU quienes recepcionan, verifican, firman el cargo y trasladan los hemocomponentes al HEJCU.
6	En banco de Sangre de HEJCU se coloca códigos a hemocomponentes entregados por el HDMN-S.
7	Se almacenan los hemocomponentes en el Área de Almacenamiento y Conservación de Unidades Aptas según Normas Técnicas de PRONAHEBAS y se registra en el Libro de Donaciones.
8	Jefatura de Patología Clínica elabora Oficio para regularizar la solicitud de hemocomponentes al HDMN-S. La Dirección firma y remite oficio al HDMN-S para regularización de solicitud de hemocomponentes
9	En caso de no contar el Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé, con unidades de sangre o hemocomponentes solicitados, el jefe de la Guardia del Hospital coordinará con el CENARUE para gestionar transferencia de otros hospitales,
	FIN

ENTRADAS

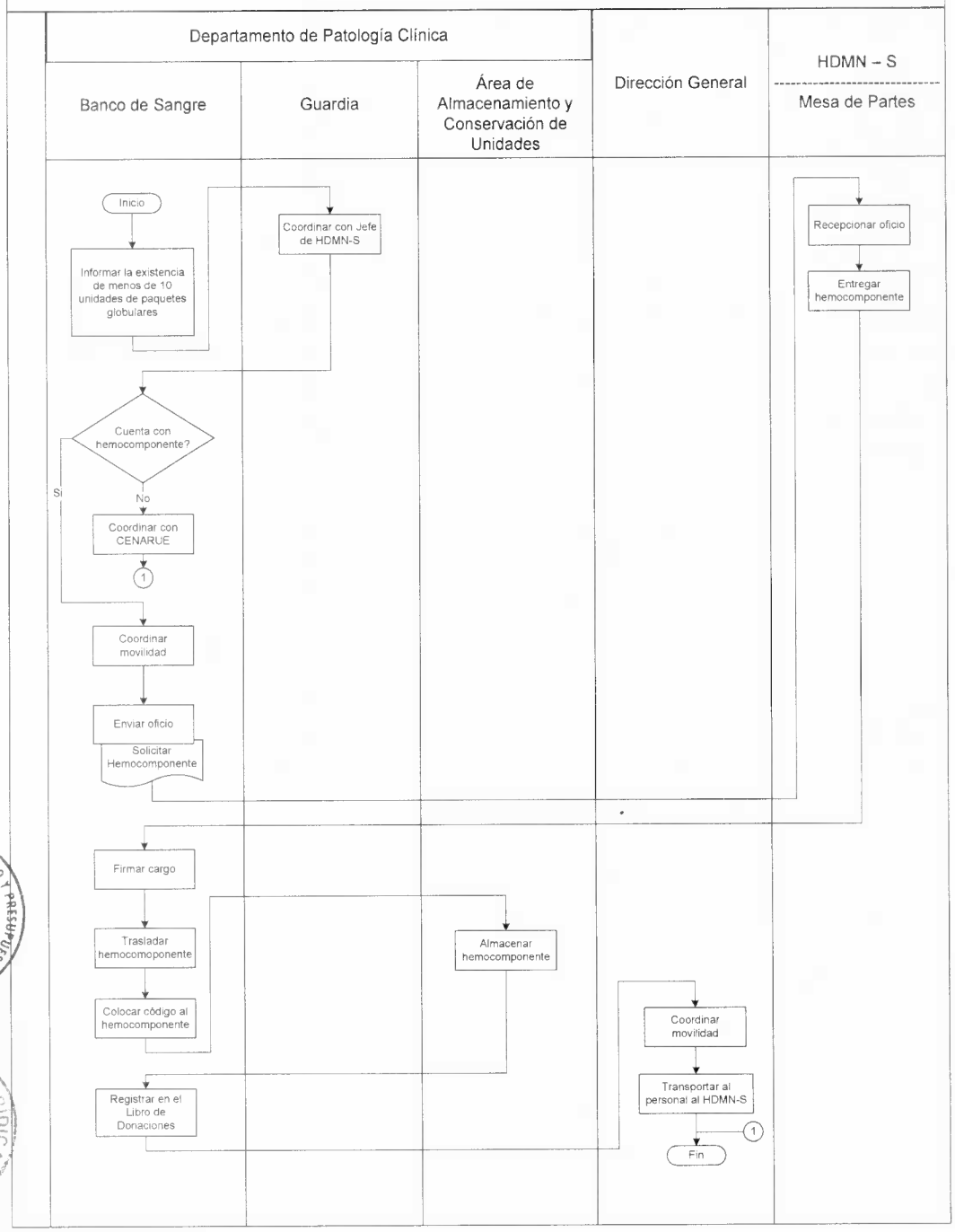
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Necesidad de Hemocomponentes.	Departamento de patología clínica	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Hemocomponentes almacenados en Banco de Sangre del HEJCU.	Departamento de Patología clínica	A demanda	Manual

DEFINICIONES	HDMN-S: Hospital Docente Madre Niño –San Bartolomé.
REGISTROS	Transferencia Sanguínea Extrahospitalaria
ANEXOS	Flujograma

9.- PROCEDIMIENTO: SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES – NO HORARIO ADMINISTRATIVO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	DISPOSICION DE DESECHOS DE MUESTRAS E INSUMOS UTILIZADOS	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	010-DP
PROPÓSITO :	Determinar el manejo y destino de las muestras sobrantes, los insumos y materiales usados en los análisis realizados siguiendo las normas técnicas establecidas.		
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de materiales desinfectados - esterilizados/ Nº de materiales usados	Material esterilizado	Libros de registro	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT 008-MINSA/DGSP V0.1 "Manejo De Residuos Sólidos Hospitalarios"
- NT Nº 015-MINSA/DGSP- V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

	INICIO
1	El personal de las diferentes áreas (Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología y Banco de Sangre) recaban las muestras y materiales utilizados para su eliminación acorde con el tipo de material (descartable y no descartable):
2	• Descartable (agujas, jeringas, algodones, etc): El personal de las diferentes áreas los deposita en envases de bioseguridad (la Disposición de set de transfusiones utilizadas se realiza según procedimiento descrito posteriormente). El personal del área de esterilización recolecta los envases de bioseguridad y los embolsa según normas bioseguridad. Posteriormente el personal de servicios generales y mantenimiento recolecta las bolsas para realizar el manejo de residuos sólidos hospitalarios según norma técnica establecida.
3	• No descartables: El personal de las diferentes áreas los deposita en recipientes los cuales contienen una solución desinfectante. El personal del área de esterilización recoge los recipientes con los materiales y procede a su limpieza, desinfección y esterilización respectiva (el material proveniente del área de microbiología es previamente autoclavado). El material desinfectado/esterilizado es distribuido a cada área según corresponda.
4	FIN del procedimiento.

ENTRADAS

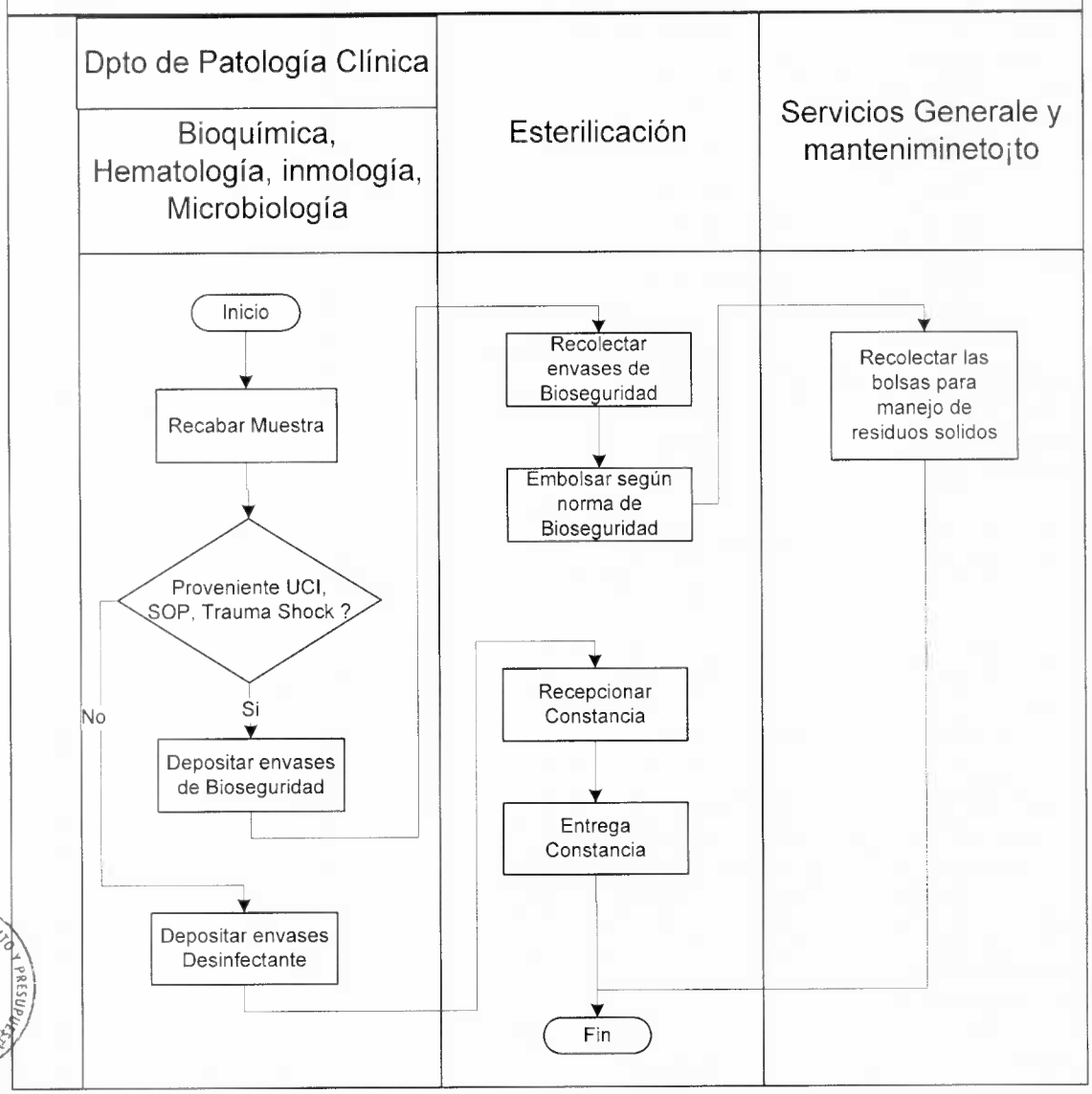
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Material, insumos y muestras utilizados, contaminados	Departamento de patología clínica	Diaria	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material desinfectado/estéril	Departamento de patología clínica	Diaria	Manual
Residuos Sólidos hospitalario	Servicios Generales: Limpieza	Diaria	Manual

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Ninguno
ANEXOS	Flujograma

10.- PROCEDIMIENTO: DISPOSICION DE DESECHOS DE MUESTRAS E INSUMOS UTILIZADOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	DISPOSICION DE SET DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA UTILIZADOS	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	011-DP

PROPÓSITO :	Determinar el manejo y destino de las bolsas vacías de sangre y hemocomponentes post transfusión
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Área de Banco de Sangre), Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. N° 510-2005/MINSA,– Aprueba el Manual de Salud Ocupacional, NT N° 013 Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS-Guía de Procesos

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° set de transfusión usados/ Total de set de transfusión	N° set de transfusión usados	Acta de Eliminación	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT 008-MINSA/DGSP V0.1 "Manejo De Residuos Sólidos Hospitalarios"
- NT N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT N° 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1 Los sets de transfusión usados son almacenados en el área de cuarentena.

2 El responsable de banco de sangre elabora el Acta de Eliminación de Set de Transfusión usados detallando la codificación de las bolsas a eliminar.

3 Los responsables de Banco de Sangre y de Servicios Generales revisan y firman el Acta de Eliminación de Set de Transfusión usados.

4 Luego el personal de banco de sangre procede al auto lavado de dichos sets.

5 El personal de banco de sangre embolsa los residuos autolavados.

6 El personal de Servicios Generales y Mantenimiento recolecta los residuos embolsados para realizar el manejo de residuos sólidos hospitalarios según norma técnica establecida.

FIN del procedimiento.

ENTRADAS

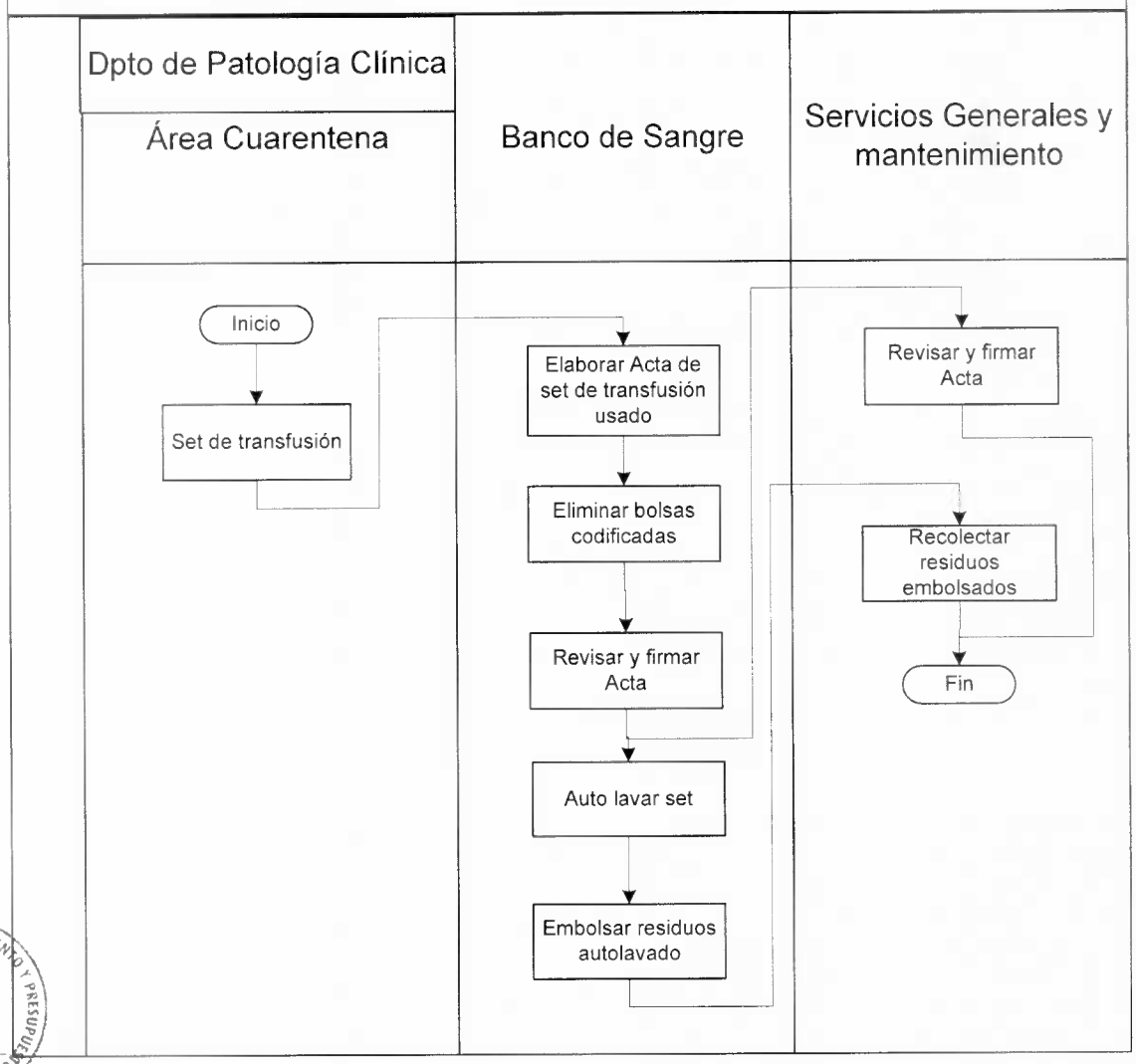
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Set de Transfusión utilizados	Departamento de patología clínica	Semanal	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Residuos Sólidos Hospitalario	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Diario	Manual

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Ninguno
ANEXOS	Flujograma

11.- PROCEDIMIENTO: DISPOSICIÓN DE SET DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA UTILIZADOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	VERIFICACION, CONTROL Y USO DE REACTIVOS	FECHA :	MARZO-2013
		CÓDIGO :	012-DP

PROPÓSITO :	Evaluar la vigencia de los reactivos a ser usados, y establecer un sistema de flujo de los mismos.
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica (Equipo de bioquímica).
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nº 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT Nº 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. Nº 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. Nº 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de reactivos desechados por vencimiento / N° de reactivos registrados como salidas	Reactivos	Libro de registro de Reactivos y Slides	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

- NT 008-MINSA/DGSP V0.1 "Manejo De Residuos Sólidos Hospitalarios"
- NT Nº 015-MINSA/DGSP- V.01 "Manual de Bioseguridad" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 014-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procedimientos Operativos Estándar" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.
- NT Nº 013-MINSA/DGSP-V.01 "Guía de Procesos" Oficina de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	
1	INICIO El personal de las diferentes áreas de Patología Clínica, revisa la vigencia de los reactivos, para conservarlos en el lugar que le corresponde: • De encontrarse reactivos con la fecha vigente, se procede a tomar los reactivos necesarios para el uso diario y se coloca en el medio adecuado para su utilización. • De hallarse con fecha vencida los reactivos son transportados para su eliminación.
2	El personal del área de esterilización de laboratorio recepciona los reactivos caducados, los autoclava y procede a su eliminación según procedimiento previamente establecido.
3	El personal de cada área, anota en el registro diario de reactivos y sllides, las salidas por vencimiento, además de anotar el movimiento (ingreso, uso o salida y saldo) y las observaciones correspondientes, siendo esto firmado por el personal propio del servicio. FIN del procedimiento.

ENTRADAS

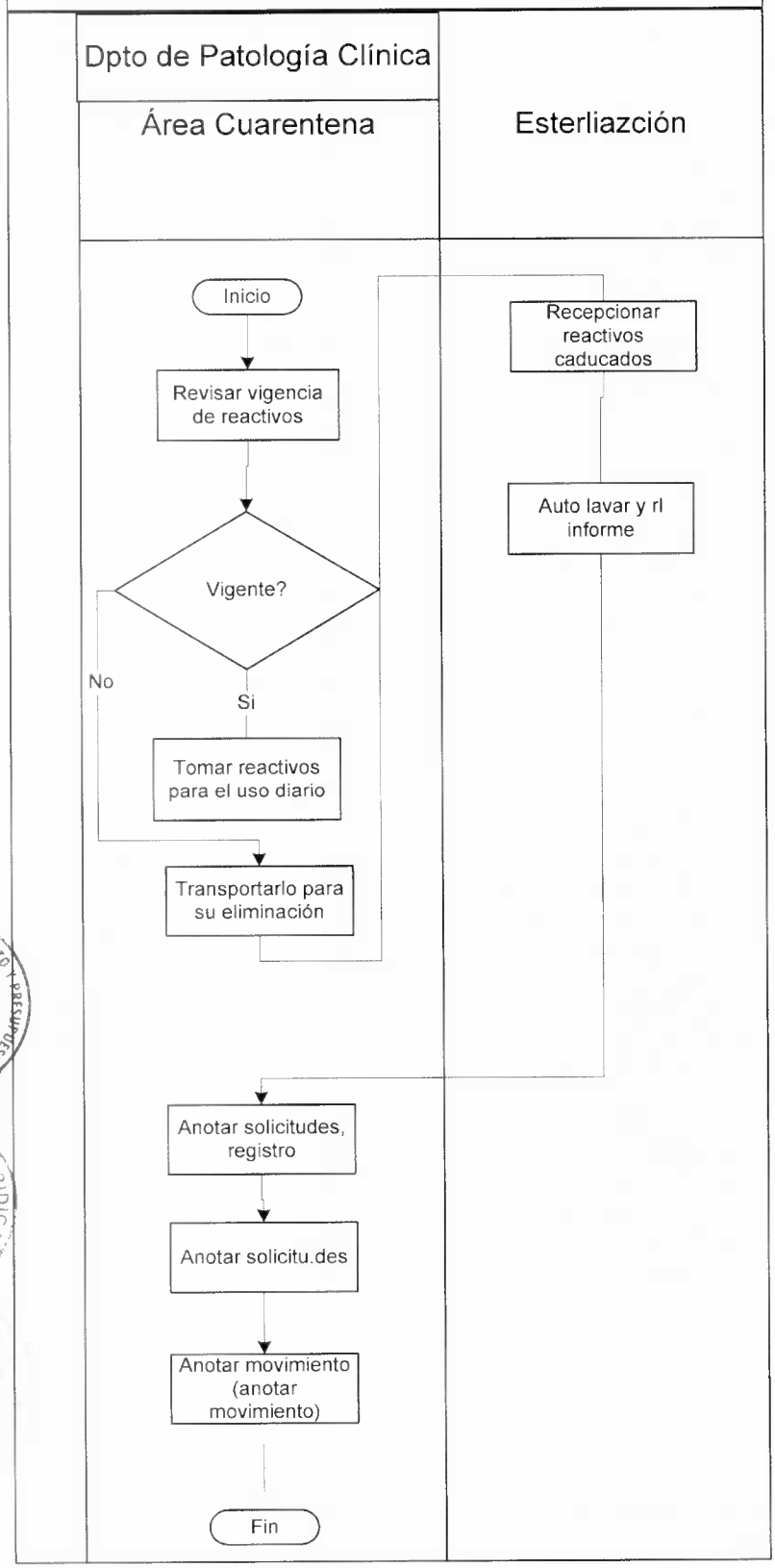
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Reactivos	Departamento de patología clínica	Diaria	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reactivo usado o desechado	Departamento de patología clínica	Diaria	Manual

DEFINICIONES	Ninguno
REGISTROS	Ninguno
ANEXOS	Flujograma

12.- PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN, CONTROL Y USO DE REACTIVOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 2.0

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA :	Marzo-2013
		CÓDIGO :	013-DP
PROPÓSITO :	Realizar el Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica para la constante capacitación del personal de Patología Clínica		
ALCANCE :	Departamento de Patología Clínica, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, , R.M. N° 753-2004/MINSA que Aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V01: Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, R.M. N° 1472-2002-SA/DM - Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria, R.M. N° 510-2005/MINSA – Aprueba el Manual de Salud Ocupacional.		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Capacitación /mensual	N° de capacitaciones mensual	Libro de registro	Jefe del Departamento de Patología Clínica

NORMAS

Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA. – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1 La OAD envía memorando a la jefatura de Patología Clínica solicitando la elaboración del Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica.

2 La jefatura recepciona memorando y realiza coordinaciones con el personal del departamento para elaboración del Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica.

3 Se prioriza las actividades de capacitación.

4 Se elabora y remite el Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica a la OAD el.

5 La OAD recepciona y evalúa el Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica.

FIN del procedimiento.

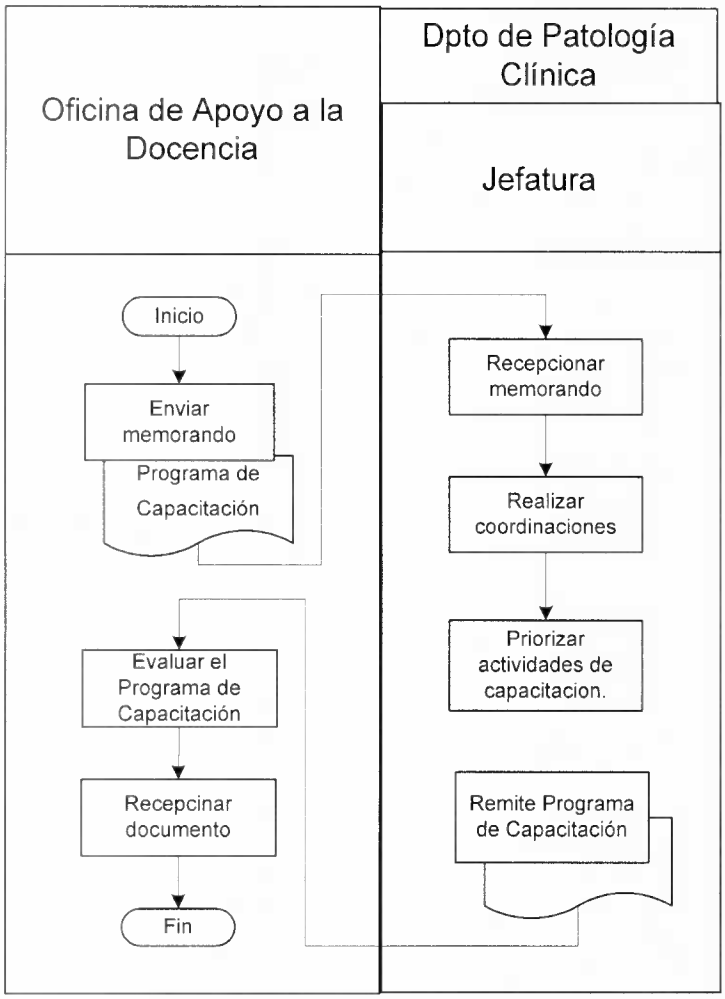
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Memorándum de solicitud de Programación de Capacitación.	Departamento de patología clínica	Anual	Mecanizado

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Programa de Capacitación del Departamento de Patología Clínica	OADI	Anual	Mecanizado

DEFINICIONES	OADI: Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
REGISTROS	Ninguno
ANEXOS	Flujograma


Oficina de Apoyo a la Docencia
Dpto de Patología Clínica
Jefatura
Inicio
Enviar memorando
Programa de Capacitación
Evaluar el Programa de Capacitación
Recepcinar documento
Fin
Recepcionar memorando
Realizar coordinaciones
Priorizar actividades de capacitacion.
Remite Programa de Capacitación

OLO VA FORMATOS DE SOLICITUD DE ANALISIS, MICRO Y BS. NO DE REPORTE
Hoja de conducción de transfuisones

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"José Casimiro Ulloa"

Dpto. Laboratorio y Hemoterapia

REPORTE DE ANALISIS CLINICOS DE EMERGENCIA

Paciente: .....
Dr.: ..... H.C. Nº. .....
Servicio: ..... Recibo Nº. .....

HEMATOLOGIA		BIOQUIMICA		ORINA	
Hematies	xcc	Glucosa	mg/dl	Aspecto	
Leucocitos	xcc	Creatinina	mg/dl	Color	
Hemoglobina	gr/dl	Urea	mg/dl	PH	
Hematocrito	%	Dep. Creatinina	mlx1'	Densidad	
Eosinofilos	%	Amilasa	U/dl	Proteinas	
Basofilos	%	Lipasa	U/L	Glucosa	
Monocitos	%	CPK-T	U/L	Cetonas	
Linfocitos	%	CPK-MB	U/L	Bilirrubina	
N-Metamielocitos	%	D.H.L	U/L	Urobilina	
N-Abastonados	%	T.G.O.	U/L	Sangre	
N-Segmentados	%	T.G.P.	U/L	Sedimento:	
Neutrofilos Total	%	F. Alcalina	U/L	Celulas Epiteliales	xc
T. de Sangria		B. Total	mg/dl	Leucocitos	xc
T. de Coagulación		B. Directa	mg/dl	Hematies	xc
T. Parcial Trombop.	seg	B. Indirecta	mg/dl	Germenes	xc
T. de Protrombina	seg	Proteinas	g/dl		
INR		Albuminas	g/dl		
Rto. Plaquetas	xmm³	Globulinas	g/dl		
INMUNOLOGIA		Colesterol Total	mg/dl	**GASES ARTERIALES**	
S. Tiphy O		Colesterol HDL	mg/dl	pH	
S. Tiphy H		Colesterol LDL	mg/dl	pCO_2	mmHg
S. Paratiph A		Trigliceridos	mg/dl	pO_2	mmHg
S. Paratiph B		Lipidos Totales	mg/dl	HCO_3	mmHL
Brucela abortus		Ac. Unco	mg/dl	tCo_2	mmHL
HIV (Elisa)		Calcio	mg/dl	- EB	mmHL
HVC		Fósforo	mg/dl	Sat. de O_2	%
VDRL		Proteinuria	mg/24hr	**ELECTROLITOS**	
AgHsB		Fosfatasa Acida	U/L	Na	m.molxLt
Grupo Sang.:		Test.Embarazo		K	m.molxLt
Factor Rh:				Cl	m.molxLt

OBSERVACIONES:.....
.....

FECHA: .....
H.Toma Muestra: .....
H.de Reporte: .....

Patólogo Clínico — Tecnólogo Médico (Encargado de Guardia)

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

SOLICITUD DE ANALISIS

Paciente: .....
H.C. Nº ..... Piso: ..... Cama: .....

☐ AMBULATORIO ☐ HOSPITALIZACION

Servicio: ☐ Medicina ☐ Cirugía ☐ Traumatología ☐ Pediatría

HEMATOLOGIA
- ☐ Hemograma
- ☐ Hemoglobina
- ☐ Hematocrito
- ☐ Grupo Sanguíneo y Rh
- ☐ Plaquetas
- ☐ Fibrinógeno
- ☐ Gota Gruesa
- ☐ Vel de Sedimentación
- ☐ T. Coagulación y Sangría
- ☐ Tiempo de Protrombina
- ☐ APTT.
- ☐ Dímero D
- ☐ Aglutinaciones
- ☐ Proteína C Reactiva
- ☐ .....

INMUNOLOGIA
- ☐ VIH ELISA
- ☐ VIH RAPIDO
- ☐ HBsAg
- ☐ HBcAb (Core)
- ☐ VHC
- ☐ HTLV 1-2
- ☐ RPR
- ☐ CHAGAS
- ☐ Widal Elisa

BIOQUIMICA
- ☐ Glucosa
- ☐ Urea
- ☐ Creatinina
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ Bilirrubina
- ☐ Fosfatasa Alcalina
- ☐ Gamma Glutamil Transp
- ☐ Amilasa
- ☐ Lipasa
- ☐ DHL
- ☐ CPK - Total
- ☐ CPK - MB
- ☐ Troponina cualitativa
- ☐ Troponina cuantitativa
- ☐ Colesterol Total
- ☐ Colesterol HDL
- ☐ Colesterol LDL
- ☐ Triglicéridos
- ☐ Proteínas T y F
- ☐ Acido Úrico
- ☐ Calcio
- ☐ Fósforo
- ☐ Fosfatasa Acida

ORINA
- ☐ Orina Completa
- ☐ Amilasa 24 Hrs.
- ☐ Acido Úrico 24 Hrs.
- ☐ Depurac. De Creatinina
- ☐ Proteinuria 24 Hrs.
- ☐ .....

VARIOS
- ☐ Electrolitos
- ☐ Gases Arteriales
- ☐ Citoquímico en Líquido
- ☐ .....
- ☐ Test de ADA en:
- ☐ .....
- ☐ Test de Embarazo
- ☐ .....
- ☐ Perfil Preoperatorio

☒ JERINGA DESCARTABLE (EXCEPTO PRUEBA ALERGIA)

Fecha: .....
Hora: .....
Médico Solicitante: .....
CMP: .....

RECIBIDA ESTA SOLICITUD:
1.- Pague en Caja
2.- Diríjase al Laboratorio (Cdo. Piso)

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"
DPTO. PATOLOGIA CLINICA

SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

REPORTE DE ANALISIS CLINICOS DE EMERGENCIA

Paciente: ..... Nº Muestra: .....
Dr.: ..... H.C. Nº .....
Servicio: ..... Recibo Nº .....

RESULTADOS

MUESTRA : .....
EXAMEN SOLICITADO : .....

Examen Macroscópico:
.....
.....

Examen Bioquímico:
Glucosa: ..... mg/dl .....
Proteínas: ..... g/dl .....

Examen Microscópico:
Células Epiteliales: ....
Leucocitos: ....
Hematíes: ....
Gérmenes: ....

COLORACION GRAM: .....
.....
ZIELH-NEELSEN : .....
.....
CULTIVO: .....
GERMENES AISLADOS : .....
.....
RECUENTO DE COLONIAS: .....

Fecha: .....
Hora Muestra: .....
Fecha Reporte: .....

....
Patólogo Clínico Tecnólogo Médico

PRUEBAS	VALORES DE REFERENCIA	PRUEBAS	VALORES DE REFERENCIA
Ac. Urico	H: 3.5 - 7.0 mg/dl M: 2.5 - 6.0 mg/dl	Orina = 0.2 - 2 g/24hr	Glucosa	6.0 - 110 mg/dl
Amilasa	Suero: Hasta 60 u/l		Urea	15 - 50 mg/dl
Lipasa	Hasta 190 u/l		Creatinina	0.8 . 1.4 mg/dl
Calcio	Suero: 8 -10.7 mg/dl Orina/24 hr.: 60-200 mg/24 hr.		Depuración de Creatinina	H: 80 - 125 mlx 1' M: 90 - 139 mlx 1'
Colesterol Total	H: 150 - 220 mg/dl M: 110 - 200 mg/dl		Proteinuria: 24hr	hasta 150 mg/24 hr.
Colesterol HDL	H: 30 - 70 mg/dl M: 35 - 65 mg/dl		PCK - T	H: 24 - 195 U/l M: 24 - 190 U/L
Colesterol LDL	H: hasta 160 mg/dl M: hasta 140 mg/dl		CPK - MB	0 a 25 u/l
Triglicéridos	20 - 160 mg/dl		D.H.L.	115 - 240 U/L
Lipidos Totales	400 - 800 mg/dl		T.G.O. T.G.P.	Hasta 40 U/L Hasta 45 U/L
Proteínas Totales	6 - 8 gr/dl Albuminas: 3.5 - 5.5. Gr/dl Globulinas: 1.5 - 3.0 gr/dl		Fosfatasa Alcalina	68 - 240 u/l Adultos 100 - 400 u/l Niños
Fósforo	2.5 - 4.5 mg/dl		Fosfatasa acida	
Electrolitos	Na: 135 - 145 m.molxLt. K: 3.5 - 5-5 m.molxLt. Cl: 98 - 106 m.molxLt.		AGA	Ph: 7.35 - 7.45 PCO_2: 35 - 45 mmHg PO_2: 80 - 100 mmHg HCO_3: 21 - 28 mmHL Sat. O_2: 95 - 100 %

SERVICIO DE HEMOTERAPIA

Plaquetas:	150×10^3 - 350×10^3
Tiempo de Protrombina:	11 - 14 seg
T. Parcial Tromboplastina:	30 - 42 seg

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
JOSÉ CASIMIRO ULLOA

Centro de Hemoterapia Tipo I
Nº Registro: 15 - 1501 - 173

HOJA DE CONDUCCIÓN DE TRANSFUSIONES

Nº Bolsa ..... Nº Sello Nacional de Calidad: .....

Componente: PG PFC Plaquetas Crioprecipitado

Edad:..... Peso:..... Talla:..... Sexo: M F Grupo sanguíneo del paciente: .....

ANTECEDENTES

( ) Drogadicción Endovenosa ( ) Diálisis ( ) Asma
( ) Alergia a medicamentos ( ) Lúes ( ) ETS
( ) Contacto sexual de riesgo ( ) Otras alergias ( ) Otros
( ) Consumo de alcohol ( ) Hepatitis .....

TRANSFUSIONES PREVIAS

Fecha	Hospital	Hemocomponente	Cantidad	Reacciones Adversas	Observaciones

CONDUCCIÓN DE LA TRANSFUSIÓN

Hora de inicio:..... Hora de término:.....

Parámetro / Hora							
Presión Arterial (mm Hg)							
Pulso (x min)							
Frecuencia Respiratoria (x min)							
Temperatura (ºC)							
Palidez (Hematocrito)							
Cianosis							
Sangrado (Rto. plaquetas)							
Volumen de sangrado							

ESTADO CLÍNICO			
Estado de conciencia (*)			
Estado cardiovascular (**)			
Estado pulmonar (***)			

(*) 1. Conciente 2. Somnoliento o desorientado 3. Coma
(**) 1. Normal 2. Infarto miocárdico agudo, Hipertensión arterial, Valvulopatía, Angina
(***) 1. Normal 2. Enfermedad parénquima pulmonar, Asma, EPOC

REACCIONES ADVERSAS

( ) Dolor subesternal ( ) Escalofríos ( ) Vómitos
( ) Hemoglobinemia ( ) Fiebre ( ) Urticaria
( ) Coombs positivo ( ) Hipotensión ( ) Disnea
( ) Otros - especificar: .....

Paciente:..... Nº Historia Clínica:.....

Servicio:..... Cama:..... Firma y sello médico:.....

Responsable de transfusión:..... Fecha:.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

SOLICITUD TRANSFUSIONAL

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos del Paciente .....

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Edad: .....Años

Grupo Sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O // Factor Rh: ( ) Positivo ( ) Negativo

Servicio: ( ) Medicina ( ) Cirugía ( ) Traumatología ( ) UCI ( ) SOP

N° Cama: ..... N° Historia Clínica: .....

ANTECEDENTES

Transfusiones previas: ( ) SI ( ) NO ( ) Desconocido

Embarazos previos: ..... Abortos: ..... Incompatibilidad materno fetal: .....

ENFERMEDAD ACTUAL

Diagnóstico de enfermedad: .....

Hemoglobina: ..... gr/dl Hematocrito:.....% Plaquetas:...../mm3

REQUERIMIENTO

( ) Paquete Globular ( ) Plasma Fresco Congelado ( ) Plaquetas ( ) Crioprecipitado

( ) Otro - Especifique: .....

Cantidad (señalar en número y letras) .....

MARCAR EL TIPO DE SOLICITUD REMITIDA

o ( ) Solicitud Pre Transfusional ( ) Solicitud Post Transfusional

o ( ) Programada (con prueba de compatibilidad) ( ) Urgente - Sin prueba de compatibilidad

Fecha: ...../...../..... Hora: .....( ) am ( ) pm

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

( ) Se autoriza para remitir la unidad sin prueba de compatibilidad - *D.L. 19338°*

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

CENTRO DE HEMOTERAPIA TIPO I N° REGISTRO: 15 - 1501 - 173

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

Centro de Hemoterapia Tipo I
N° Registro: 15 - 1501 - 173

37

SOLICITUD TRANSFUSIONAL

TIPO DE SANGRE, COMPATIBILIDAD, CERTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN (PARA EL CENTRO DE HEMOTERAPIA)

Nombre del Paciente:.....

Grupo Sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O // Factor Rb: ( ) Positivo ( ) Negativo

Verificado el resultado de pruebas de tamizaje no reactivos y correspondencia de unidad(es) para el paciente.

PRUEBA DE COMPATIBILIDAD

Unidad N°	N° Sello	Albúmina	37 °C	Coombs	C.C.C.	Resultado	Firma

Proceso	Hora	Nombre y Apellidos	Firma y/o Post-Firma
Muestra de sangre obtenida por:			
Prueba de compatibilidad realizada a la(s) unidad(es) por:			
Hemocomponente(s) recibido(s) por:			

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"José Casimiro Ulloa"

Solicitud de Exámenes Microbiológicos

Código:

Condición: ◯ Ambulatorio ◯ Hospitalizado Piso:..... Cama:..... Recibo Nº.....
Servicio: ◯ Pediatría ◯ Medicina ◯ Cirugía ◯ Traumatología ◯ UCI ◯ UCIN ◯ Neurocirugía ◯ Otro.....

Nombre y Apellidos:..... Edad..... Sexo : ◯ M ◯ F

Diagnóstico:.....

Muestra:.....

◯ Cultivo y antibiograma
◯ Coloración Gram
◯ Rotavirus.....

◯ Hongos directo
◯ Coloración BK
◯ Parásitos intestinales

◯ Hongos cultivo
◯ Test de Graham
◯ Reacción inflamatoria

◯ Ácaros
◯ Thevenon
◯ Otro .....

Uso de antibióticos: ◯ Sí ◯ No Cuáles: .....

Comentario: .....

Médico solicitante: .....

Sello y firma:

Fecha de solicitud:..... Hora:.....

Fecha de recepción:..... Hora:.....

Nº de registro
de Microbiología:

PARA USO INTERNO

Hora de recepción: .....

Hora de toma de muestra:.....

Fecha y hora de informe:.....

Firma de recepción de resultado

Hora de entrega de resultado: .....

Fecha de entrega de resultado:.....

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto H.E.J.C.U.
Oficina Asesoría Jurídica H.E.J.C.U.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASMIRO ULLOA"

SOLICITUD DE ANALISIS

Paciente: .....

HC N° ..... Piso ..... Cama: .....

( ) Ambulatorio ( ) Hospitalizado

Servicio: ( ) Medicina ( ) Cirugía ( ) Traumatología ( ) Pediatría

HEMATOLOGÍA

- ☐ Hemograma
- ☐ Hemoglobina
- ☐ Hematocrito
- ☐ Grupo Sanguineo/Rh
- ☐ Plaquetas
- ☐ Coagulación/ Sangría
- ☐ T. de Protrombina / NR
- ☐ APTT
- ☐ Fibrinógeno
- ☐ Dímero D
- ☐ Gota Gruesa
- ☐ Plasmodium/Bartonella
- ☐ Vel de Sedimentac.
- ☐ Aglutinaciones
- ☐ Proteína C Reactiva
- ☐ Reticulocitos
- ☐ Frotis sangre periférica
- ☐ Cttes. Corpusculares

INMUNOLOGÍA

- ☐ VIH Elisa
- ☐ VIH prueba rápida
- ☐ HBsAg.
- ☐ HBcAc (core)
- ☐ VHC
- ☐ RPR

BIOQUÍMICA

- ☐ Glucosa stat
- ☐ Glucosa bsal
- ☐ Hemoglucotest
- ☐ Urea
- ☐ Creatinina
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ Bilirrubina T y F
- ☐ Fosfatasa alcalina
- ☐ GGT
- ☐ Amilasa
- ☐ Lipasa
- ☐ DHL Láctica
- ☐ CPK total
- ☐ CPK - MB
- ☐ Troponina Cualitativa
- ☐ Troponina Cuantitativa
- ☐ Colesterol total
- ☐ HDL Colesterol
- ☐ LDL Colesterol
- ☐ Triglicéridos
- ☐ Proteína Total y F
- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Calcio
- ☐ Fósforo
- ☐ Fosfatasa Acida

ORINA

- ☐ Orina Completa
- ☐ Amilasa 24 horas
- ☐ Depuración creatinina
- ☐ Proteinuria 24 horas

VARIOS

- ☐ Electrolitos
- ☐ Gases Arteriales
- ☐ Test de embarazo
- ☐ Líquido Pleural
- ☐ Líquido Cefalorraquídeo
- ☐ Líquido Peritoneal
- ☐ Líquido sinovial
- ☐ Otro .....
  - ( ) Citoquímico
  - ( ) Test de ADA
  - ( ).....
- ☐ .....
- ☐ .....

( ) Equipo para toma de muestra
Excepto análisis de orina

Fecha ..... Médico Solicitante: .....

Hora de solicitud: ..... CMP: .....

Leuc.....
Hb.....
Hto.....

Eos.....
Bas.....
Mon.....
Linf.....
Met.....
Ab.....
Seg.....
Neut.....

ECO

Color	Aspecto
Ph	Densidad
C Ep.	Gluc
Leuc	Prot
Hemat	Theven
Germ	Pig bil
Cristales.....	Urob
.....	C cetónicos
Cilindros.....	Sales Bil
.....	Nitritos
.....	

PARA USO INTERNO

Hora de recepción:.....

Hora de toma de muestra.....

Hora de informe.....

Firma de recepción de resultado

36