



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la atención de donantes de sangre o sus componentes
en los Bancos de Sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social
2430-003-001

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Juan Manuel Lira Romero
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Coordinación de Unidades
Médicas de Alta Especialidad

Elaboró

Lic. Martha Patricia Galán Hermsillo
Titular de la División de Apoyo a la Gestión

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 24 NOV. 2020

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	5
2	Objetivo	5
3	Ámbito de aplicación	5
4	Definiciones	5
5	Políticas	9
6	Descripción de actividades	19
	Etapa I Solicitud de donación	19
	Etapa II Recepción del candidato a donar en Banco de Sangre o Centro de Colecta	20
	Etapa III Realización de flebotomía	28
	Etapa IV Seguimiento de los componentes sanguíneos	33
	Etapa V Manejo de RPBI y Reportes finales	48
7	Diagrama de flujo	50
	Anexos	
	Anexo 1 Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1. Clave: 2430-009-007.	71
	Anexo 2 Volante de envío del donador de sangre FBS-11. Clave: 2430-009-008.	77
	Anexo 3 Proceso para la donación de sangre FBS-27. Clave: 2430-022-003.	82
	Anexo 4 Información previa para el donante. Clave: 2430-022-004.	85
	Anexo 5 Cuestionario de pre-registro FBS-26. Clave: 2430-009-009.	88



ÍNDICE

		Página
Anexo 6	Instructivo para la evaluación del cuestionario de pre-registro FBS-26. Clave: 2430-005-001.	96
Anexo 7	Historia clínica para la selección del donante FBS-1. Clave: 2430-009-010.	100
Anexo 8	Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos. Clave: 2430-009-011.	117
Anexo 9	Carta de consentimiento informado para la donación autóloga. Clave: 2430-009-012.	123
Anexo 10	Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y tubos de muestras. Clave: 2430-005-036.	129
Anexo 11	Parámetros de control del proceso de aféresis Plaquetaria. Clave: 2430-009-013.	134
Anexo 12	Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria. Clave: 2430-009-014.	142
Anexo 13	Instructivo para el manejo de las posibles complicaciones derivadas de la donación. Clave: 2430-005-003.	150
Anexo 14	Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis. Clave: 2430-014-001.	156



ÍNDICE

		Página
Anexo 15	Cuestionario de auto-exclusión FBS-12. Clave: 2430-022-015.	168
Anexo 16	Cuidados y recomendaciones a seguir después de la donación de sangre. Clave: 2430-022-005.	171
Anexo 17	Constancia de donación de sangre FBS-7. Clave: 2430-009-015.	174
Anexo 18	Constancia de donación autóloga AD-3. Clave: 2430-009-016.	178
Anexo 19	Instrucciones de Embalaje de Bolsas y Tubos de Muestras para envío a Banco de Sangre de Referencia. Clave: 2430-005-037.	185
Anexo 20	Componentes sanguíneos liberados por unidad y día. Clave: 2430-009-017.	188



1 Base normativa

- Artículo 82 Fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre del 2006 y sus reformas.
- Artículo 89 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.
- Numeral 8.1.5.3, párrafo 3 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 8 de febrero de 2018.

2 Objetivo

Establecer y proporcionar al personal de salud que labora en los Bancos de Sangre y en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, los elementos normativos necesarios para la selección de donantes, procesamiento, conservación, análisis y suministro de sangre o sus componentes.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria en los Bancos de Sangre y en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 aféresis: Método que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante, en una sola sesión, mediante máquinas de flujo continuo o discontinuo.

4.2 agentes infecciosos transmisibles: Son aquellos que se pueden transmitir a través de la sangre o de sus componentes (VIH, virus de la Hepatitis B y C, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi*, Virus emergentes, etcétera).

4.3 Banco de Sangre: Establecimiento legalmente autorizado para obtener, recolectar, estudiar, conservar, aplicar y proveer sangre humana o sus componentes.



4.4 Banco de Sangre tipo A: Aquel que promueve la donación de sangre, sus componentes o células troncales hematopoyéticas; recolecta, fracciona, estudia, distribuye y coordina la entrega y distribución de sangre y sus componentes; administra las existencias y promueve la redistribución de excedentes; realiza actividades docentes y de investigación; asesora y supervisa la operación de los Bancos de Sangre tipo B y Centros de Colecta dentro de su área de responsabilidad por regionalización; realiza hemovigilancia; resuelve y analiza problemas transfusionales; practica terapia transfusional ambulatoria; realiza estudios o procedimientos de producción especializada; efectúa disposición de aféresis y de células troncales hematopoyéticas.

4.5 Banco de Sangre tipo B: Aquel que promueve la donación de sangre, sus componentes o células troncales hematopoyéticas; recolecta, fracciona, estudia, distribuye y coordina la entrega y distribución de sangre y sus componentes; administra las existencias y promueve la redistribución de excedentes; realiza actividades docentes y de investigación; supervisa y asesora la operación de los Centros de Colecta de su jurisdicción; realiza hemovigilancia, resuelve y analiza problemas transfusionales; practica terapia transfusional ambulatoria y hospitalaria; efectúa disposición de aféresis.

4.6 biometría hemática: Estudio analítico básico que expresa cantidad, proporción y variación de los elementos formes de la sangre.

4.7 candidato a donar: Persona cuya aptitud para donar sangre y/o componentes sanguíneos será evaluada por un médico capacitado.

4.8 carta de consentimiento informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

4.9 caso confirmado SARS-CoV-2: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso SARS-CoV-2 y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico Epidemiológico (InDRE).

4.10 caso sospechoso SARS-CoV-2: Persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas mayores: tos, fiebre, disnea (dato de gravedad) o cefalea*. Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas menores:

- Mialgias
- Artralgias
- Odinofagia
- Escalofríos
- Dolor torácico

*En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir la cefalea.



4.11 células troncales hematopoyéticas: Entidad morfológica inmadura e indiferenciada capaz de autoreplicarse y generar los distintos tipos de células sanguíneas.

4.12 Centro de Colecta: Aquel que promueve el programa de donación de sangre y sus componentes y de células troncales hematopoyéticas; recolecta, estudia parcialmente al donante, envía unidades de sangre y muestras sanguíneas del donante al Banco de Sangre tipo A o B del cual depende para su estudio y procesamiento, así como la información generada del donante que permita su localización y seguimiento para fines de trazabilidad del uso de hemocomponentes y estudios epidemiológicos, entre otros; también realiza actividades docentes y de investigación; puede efectuar obtención de aféresis, de contar con la infraestructura y personal adecuados para tal fin y realiza hemovigilancia. Antes denominado Banco de Sangre tipo C.

4.13 componente sanguíneo: Fracción celular o líquida del tejido hemático, separada de una unidad de sangre total por sedimentación, centrifugación, filtración, congelación o recolectada por aféresis.

4.14 constancia o informe de donación: Documento comprobatorio de donación de sangre.

4.15 crioprecipitado: Fracción proteica del plasma fresco congelado que precipita al descongelarse en condiciones controladas.

4.16 derechohabiente: La o el asegurado, pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley del Seguro Social tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.17 disposición de sangre y/o componentes sanguíneos: Es el conjunto de actividades relativas a la obtención, análisis, conservación, preparación, utilización, suministro y destino final de la sangre y sus componentes con fines terapéuticos, de docencia y/o investigación.

4.18 donante o donador: Al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células conforme a lo dispuesto por la Ley General de Salud.

NOTA: En el presente Procedimiento, el término donante se refiere al individuo que proporciona sangre o sus componentes para ser usada terapéuticamente.

4.19 donante autólogo: La persona que proporciona sangre para uso exclusivo en sí misma, cuando se anticipa el requerimiento transfusional y se desarrolla un plan de donación.

4.20 donación autóloga: Disposición de sangre y componentes sanguíneos que en forma anticipada se acopian para uso terapéutico del propio donante.



4.21 donante dirigido: Persona (familiares o amigos del paciente) que por su voluntad pretende que su sangre o componentes de ésta sean utilizados en algún paciente determinado.

4.22 donante familiar o de reposición: Persona, familiares o amigos del paciente que proporciona su sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.

4.23 donante voluntario y altruista: Persona que proporciona su sangre y/o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.

4.24 evento, práctica o actividad de riesgo: Es aquella donde ocurre contacto o traspaso de sangre, secreciones sexuales u otros líquidos corporales de personas que pudieran tener infecciones transmisibles, con sitios del cuerpo de otra persona a través de los cuales el agente infeccioso pueda penetrar.

4.25 flebotomía: Procedimiento para obtener sangre al puncionar con una aguja la vena.

4.26 fraccionamiento de sangre: Procedimiento técnico por el cual se obtienen los diferentes componentes de la sangre.

4.27 hemovigilancia: Conjunto de procedimientos organizados para dar seguimiento a los efectos o reacciones adversas o inesperadas que se manifiestan en los donantes o en los receptores, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia.

4.28 identificación oficial: Documento con fotografía, que comprueba la identidad de la persona: Credencial para votar del Instituto Nacional Electoral vigente (antes Instituto Federal Electoral), pasaporte vigente, Cartilla de Servicio Militar expedida en los últimos diez años, cédula profesional, licencia de manejo vigente, credencial ADIMSS, Cartilla Nacional de Salud con fotografía y sello, Credencial del Instituto Nacional para Personas Adultas Mayores vigente. Para extranjeros: Pasaporte, carnet de identificación del ciudadano extranjero o forma migratoria FM2 o FM3 vigente.

4.29 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.30 licencia sanitaria: Documento que otorga la Secretaría de Salud a los establecimientos que cuentan con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos a:

- Extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células;
- Los trasplantes de órganos, tejidos y células;
- Los bancos de órganos, tejidos no hemáticos y células;
- Los servicios de sangre;



- La disposición de células troncales hematopoyéticas, y
- Los establecimientos de medicina preventiva.

4.31 Médico No Familiar tratante: La o el Médico No Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, que durante su jornada de labores proporciona directamente la atención médico-quirúrgica al paciente.

4.32 muestra de sangre: Porción alícuota de sangre, plasma, suero o de un producto extraída del conjunto por métodos que permitan considerarla como representativa del mismo, empleada para fines de diagnóstico, comprobación o investigación, no utilizable para fines terapéuticos.

4.33 personal de salud: Conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, entre sí y con los pacientes, con el propósito de generar acciones de promoción, prevención y protección a la salud, así como de atención a la enfermedad.

4.34 reacción o evento adverso: Respuesta nociva e inesperada, de aparición inmediata o tardía o incidente, ocurrido en el donante o en el receptor, relacionada con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes, que ocasiona síntomas, anormalidades, o condiciones temporales o permanentes de diverso grado de severidad.

4.35 sangre: El tejido hemático con todos sus componentes.

4.36 sangre total: El tejido hemático tal y como se obtiene en una sesión de extracción, suspendido en una solución anticoagulante.

4.37 servicios de sangre: Son los autorizados para la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células troncales hematopoyéticas, con fines terapéuticos (Banco de Sangre, Centro de Procesamiento de Sangre, Centro de Colecta, Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos, Servicio de Transfusión Hospitalaria, Centro de Calificación Biológica, Centro de Colecta de Células Troncales hematopoyéticas, Banco de Células Troncales hematopoyéticas y establecimientos de Medicina Regenerativa).

4.38 signos vitales: Constantes corporales esenciales para la vida (temperatura, frecuencia cardíaca o pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial).

4.39 somatometría: Procedimiento por el cual se obtiene peso y estatura del donante de sangre.

4.40 UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad): Unidad de operación administrativa desconcentrada, con capacidad tecnológica y resolutive para otorgar atención médica a padecimientos de alta complejidad o con necesidad de recursos diagnóstico terapéuticos sofisticados o altamente especializados, con rectoría técnico médica en su ámbito y que fomenta la educación e investigación en salud.



4.41 Unidad médica de tercer nivel de atención: Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad y sus Unidades Médicas Complementarias, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que envíen las unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.

5 Políticas

Generales

5.1 La entrada en vigor del presente procedimiento actualiza y deja sin efecto el “Procedimiento para la atención de donantes de sangre total, aféresis y donación autóloga de pre-depósito en los Bancos de Sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social”, con clave 2430-003-001, fecha de registro 23 de septiembre de 2013.

5.2 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.3 El personal de salud y administrativo que realiza actividades en los servicios de sangre deberán mantener la confidencialidad de la información relativa a los casos evaluados y asegurar que los datos personales de los derechohabientes y no derechohabientes donadores, observen el manejo que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

5.4 El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción representa a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.5 Las Coordinaciones de Control Técnico de Insumos, Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel, de Atención Integral en Segundo Nivel, de Unidades Médicas de Alta Especialidad, establecerán un sistema de gestión de calidad enfocado a dirigir y controlar la organización en lo relativo a la calidad y su documentación para garantizar que se cumplan los procedimientos para la seguridad sanguínea.

5.6 El personal de salud de las unidades médicas de los tres niveles de atención y de los servicios de sangre promoverán la donación voluntaria y altruista de sangre entre la población que hace uso de los servicios, familiares de los pacientes, empleados del propio IMSS, de empresas y grupos voluntarios.

5.7 El personal de salud de las unidades médicas de los tres niveles de atención y de los servicios de sangre, deberán crear conciencia de la trascendencia de la donación voluntaria y altruista de sangre y promoverla bajo el lema “Donar sangre es un regalo de vida”.



5.8 El personal médico tratante deberá promover la donación autóloga entre la población usuaria de las Unidades Médicas del IMSS.

5.9 La Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, tiene la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos.

5.10 Los servicios de sangre podrán establecer Métodos Específicos de Trabajo, respetando en todo momento los objetivos, políticas, actividades y formatos establecidos en la “Norma que establece las disposiciones para la elaboración, autorización y registro de los documentos internos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 1000-001-001, apéndice F.

5.11 El presente Procedimiento tiene como documentos de referencia los siguientes:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, última reforma publicada en el Diario oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 y sus reformas.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 18 de febrero de 1985 y sus reformas.
- Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de junio de 2011.



- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental – salud ambiental- residuos peligrosos biológico-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre del 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-selección, uso y manejo en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2008.
- Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-020, validada y registrada el 27 de noviembre de 2017.
- Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-016, validado y registrado el 10 de octubre de 2012.
- Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención, clave 2430-003-006, validado y registrado el 03 de julio de 2012.
- Procedimiento para el soporte transfusional y realización de pruebas especiales de diagnóstico en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención, clave 2430-003-002, validado y registrado el 11 de marzo de 2019.
- Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-003, validado y registrado el 02 de septiembre de 2019.
- Recomendaciones de bioseguridad en los bancos de sangre y servicios de transfusión ante transmisión comunitaria de SARS-CoV-2.
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546868/Gu_a_Bioseguridad Bancos_Sangrev2_15-Abril-2020-C.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546868/Gu_a_Bioseguridad_Bancos_Sangrev2_15-Abril-2020-C.pdf)
- Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/lineamiento-estandarizado-para-la-vigilancia-epidemiologica-y-por-laboratorio-de-la-enfermedad-respiratoria-viral>.
- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud.



- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. www.conamed.gob.mx 2016.
- Carta de los Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud; www.conamed.gob.mx 2016.
- Código Penal Federal, publicado en DOF; 14 de Agosto 1931, último reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 07 de Junio de 2013.

Específicas

Titular o Responsable de la Dirección de UMAE, Dirección Médica de UMAE, Director de Unidad Médica Complementaria, Director de Unidad Médica Hospitalaria, Director de Unidad de Medicina Familiar:

5.12 Establecerán mecanismos, en el ámbito de su competencia, para verificar la aplicación de las acciones relacionadas con la donación voluntaria, altruista, familiar y autóloga de sangre total, componentes sanguíneos y células troncales hematopoyéticas conforme a lo establecido en el presente procedimiento.

5.13 Coordinarán la integración del Comité de Medicina Transfusional, en el caso de que la Unidad realice transfusiones, para implementar el sistema de hemovigilancia que permita trazar la cadena transfusional desde la donación hasta la transfusión o destino final.

5.14 Vigilarán que los servicios de sangre (Bancos de Sangre y Centros de Colecta) cumplan con la licencia sanitaria vigente y disposiciones sanitarias necesarias para su funcionamiento.

5.15 Supervisarán la implementación de acciones de promoción de donación voluntaria y altruista de sangre entre la población que hace uso de los servicios, empleados del propio IMSS, de empresas y grupos voluntarios.

5.16 Director de Unidad a través del Comité de Medicina Transfusional será el responsable de dar seguimiento al control y supervisión a las acciones de hemovigilancia en la cadena transfusional relacionadas al presente procedimiento: selección de donantes, incidencias y problemas durante la donación.

5.17 Proporcionarán pautas generales y específicas de bioseguridad para la obtención de sangre o sus componentes en los candidatos a donación y en casos sospechosos o casos confirmados de SARS-CoV-2.

Titular o Responsable de la Dirección Administrativa en UMAE, Administrador de Unidades Médicas Complementarias, Administrador de áreas comunes, Subdirección Administrativa en Unidades Médicas Hospitalarias:

5.18 Vigilarán, en el ámbito de su competencia, que los servicios de sangre cumplan con la licencia sanitaria vigente y disposiciones sanitarias necesarias para su funcionamiento.



5.19 Establecerán las condiciones administrativas que permitan la separación estructural entre la sala de espera (ubicación de candidato a donar) y la sala de donación (ubicación de donantes aceptados posterior a la valoración médica). En caso de no tener la estructura y capacidad para separar físicamente ambas áreas físicas, se deben implementar acciones en el ámbito de su competencia, que permitan su separación funcional y que evite en todo momento el contacto entre ambos grupos.

5.20 Proveerán a los Directores o Jefes de Banco de Sangre el transporte para la supervisión a los Centros de Colecta.

5.21 Dotarán obligatoria y oportunamente a los trabajadores de equipos, accesorios y dispositivos de protección adecuados a cada actividad.

5.22 Asegurarán en el ámbito de su competencia la presencia en los Bancos de Sangre o Centros de Colecta de:

- Equipamiento para la toma de huella digital en la recepción del candidato a donar.
- Equipamiento para la toma de fotografía del candidato a donar en la recepción.
- Equipamiento para la verificación de huella digital (sala de donación).
- Buzón para cuestionario de autoexclusión (sala de donación).

Titular o Responsables en Unidades de Tercer Nivel: de la Dirección Médica, Dirección de Unidad Médica Complementaria, Coordinación Médica de Turno, Jefatura de División, Jefatura de Departamento Clínico; en Unidades Médicas de Segundo Nivel: Subdirección Médica, Coordinación Clínica, Jefatura de Servicio Clínico; y en Unidades Médicas de Primer Nivel: Director de Unidad de Medicina Familiar, Subdirección Médica, Coordinación Clínica de UMAA:

5.23 Difundirán el presente procedimiento entre el personal, en el ámbito de su competencia.

5.24 Conducirán en el ámbito de responsabilidad y nivel organizacional la implementación del presente procedimiento.

5.25 Supervisarán que el personal de salud realice las actividades relacionadas con la donación voluntaria, altruista, familiar y autóloga de sangre total y componentes sanguíneos, conforme a lo establecido en el presente procedimiento.

5.26 Diseñarán, implementarán y supervisarán acciones de educación, información y sensibilización para la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre entre la población que hace uso de los servicios, empleados del propio IMSS, de empresas y grupos voluntarios.

5.27 Vigilarán que el personal proporcione la información necesaria al candidato a donar y donante desde su ingreso al servicio, a través de cartel, periódico mural, trípticos, videos, pláticas, entre otras.



5.28 Supervisarán e implementarán acciones para que el personal de salud, realice de manera correcta la higiene de manos de acuerdo a las “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud”, clave 2430-005-026, antes y después de proporcionar la atención médica.

NOTA 1: Las “Instrucciones para realizar la higiene de manos del personal de salud” clave 2430-005-026 es el Anexo 4 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-004.

NOTA 2: La higiene de manos se puede realizar con alcohol-gel, antes y después de proporcionar la atención médica y en caso de no tener contacto con secreciones.

Comité de Medicina Transfusional:

5.29 Concentrará y analizará la información derivada de los diferentes formatos utilizados en el proceso de donación, para la toma de decisiones en la mejora de los procesos y de notificaciones de incidentes, reacciones o efectos adversos e inesperados de la donación.

5.30 Dará seguimiento a las acciones de implementación y control del sistema de gestión de calidad con enfoque al proceso de donación, a los indicadores de productividad, calidad, y cumplimiento de procedimientos.

5.31 Implementará el proceso de notificación de reacción o evento adverso asociado a donación, resultados positivos en pruebas confirmatorias o suplementarias para agentes infecciosos transmisibles por transfusión y las eventualidades que sean necesarias incluyendo el manejo del producto no conforme, según sea el caso, al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y demás órganos normativos en tiempo y forma, de conformidad con el marco normativo institucional y sectorial vigente.

5.32 Diseñará e implementará acciones de difusión de disposiciones jurídicas, marco normativo sectorial y marco normativo institucional aplicable entre el personal de salud en materia de donación.

5.33 Supervisará el cumplimiento de la Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Seguridad Sanguínea y la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 aplicables a la atención al candidato a donar y proceso de donación; y presentará al Cuerpo de Gobierno medidas correctivas en caso de incumplimiento.

5.34 Implementará acciones de capacitación y adiestramiento para el personal que participa en los procesos de atención a donantes, donación autóloga y altruista que incluya: controles de calidad, sistema informático, correcto llenado de formatos, realización de pruebas especiales de diagnóstico y aquello que se considere necesario.

5.35 Diseñará e implementará acciones y programas de educación, información y sensibilización para la promoción de la donación voluntaria y altruista de repetición,



responsable y continua, en la población derechohabiente y área de influencia de la Unidad Médica.

5.36 Implementará acciones de gestión para el mejoramiento de la organización y funcionamiento de los servicios de sangre.

5.37 Notificará en un oficio membretado al Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS) o área designada como responsable por la Secretaría de Salud, a través del presidente del comité los siguientes datos: datos generales de Unidad Médica, fecha de instalación del comité, nombre, categoría, cargo y funciones de los integrantes.

5.38 Enviará copia de la recepción de notificación de la integración del Comité Hospitalario de Medicina Transfusional a la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad o Coordinación de Atención Integral al Segundo Nivel, según sea el caso.

5.39 Sesionará, como responsable de la hemovigilancia en el proceso de donación, con la periodicidad que se establezca por sí mismo.

Director de Banco Central de Sangre o Responsable:

5.40 Coordinará los procesos médico-administrativos del Banco Central de Sangre relacionado al proceso de atención del donante, y su vinculación a la UMAE que pertenece.

5.41 Vigilará que el otorgamiento de los servicios se realice con oportunidad, calidad y sentido humano.

5.42 Evaluará el resultado de los procesos de registro, integración, validación y difusión de la información médica y administrativa generada de la atención al donante en la unidad, y aplicará soluciones a la problemática detectada.

5.43 Vigilará la implementación y seguimiento del sistema de gestión de calidad con enfoque en el proceso de donación.

Responsable sanitario:

5.44 Implementará, dará seguimiento y evaluará la correcta aplicación del sistema de gestión de calidad con apego a la NOM-253-SSA1-2012.

Jefe de Departamento Clínico o Servicio de Banco de Sangre o Responsable:

5.45 Realizará visitas a los Centros de Colecta de su región, con la finalidad de asesorar en el proceso de donación y traslado de sangre y/o sus componentes.

5.46 Implementará acciones y controlará el sistema de gestión de calidad con enfoque en el proceso de donación.



5.47 Supervisará la trazabilidad de los procesos de obtención de sangre y procesamiento de componentes sanguíneos que se realizan en los Bancos de Sangre y Centros de Colecta que se encuentren bajo su jurisdicción.

5.48 Diseñará acciones de mejora en la organización y funcionamiento de los establecimientos que colectan sangre y los presentará al Comité de Medicina Transfusional para su visto bueno.

5.49 Verificará que el personal bajo su responsabilidad esté capacitado para la atención del candidato a donar y donante, obtención de sangre y procesamiento de componentes sanguíneos.

5.50 Implementará acciones que eviten en todo momento el contacto de candidatos a donación y donantes aceptados mediante la separación estructural y/o funcional entre la sala de espera y la sala de donación.

Personal del Banco de Sangre y Centros de Colecta:

5.51 Guardarán estricta confidencialidad sobre la información personal del candidato a donar, donante, paciente y resultados de los estudios de laboratorio realizados.

5.52 Utilizarán invariablemente durante toda su jornada de trabajo, el uniforme reglamentario de acuerdo a su categoría y su gafete de identificación institucional.

5.53 Proporcionarán en conjunto con Trabajo Social la información necesaria oral y escrita a los candidatos a donar y donantes desde su ingreso al servicio a través de cartel, periódico mural, trípticos, videos, pláticas, entre otro material educativo e informativo, preciso y en lenguaje comprensible.

5.54 Utilizarán para identificar al candidato a donar y donante; nombre completo, número de seguridad social (en caso de derechohabencia), identificación oficial y fecha de nacimiento; antes de iniciar cualquier actividad médica y administrativa.

5.55 Otorgarán la atención libre de discriminación al candidato a donar y donante, con apego a normatividad institucional y sectorial y principios bioéticos vigentes.

5.56 Deberán revisar la relación de los donadores no aptos registrados en el sistema informático, el cual deberá ser compartido entre los diferentes servicios de sangre del Instituto, con la finalidad de evitar la donación de aquellos individuos considerados “no aptos” y con ello disminuir y/o evitar la presencia de eventos centinelas.

NOTA: Los nombres de los donadores no aptos, se obtienen de los registros de la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7) y del “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015, (Anexo 15).

Personal de las Áreas de Toma de Muestra, Sangrado, Procesamiento, Almacenamiento, Distribución, Laboratorio y Aféresis:



5.57 Deberán utilizar equipos, accesorios y dispositivos de protección adecuados al realizar sus actividades.

5.58 Utilizarán para identificar al candidato a donar y al donante: nombre completo, número de seguridad social (en caso de derechohabencia), Identificación oficial con fotografía y fecha de nacimiento; antes de iniciar cualquier actividad médica y administrativa como:

- Obtención de muestras biológicas para realizar análisis clínicos,
- Obtención de sangre y componentes sanguíneos.

Personal de Trabajo Social, Asistentes médicas y Técnico en Orientación y Atención al Derechohabiente en unidades de los tres niveles de atención:

5.59 Realizarán acciones de educación, información y sensibilización para la promoción de donación voluntaria y altruista de sangre entre la población derechohabiente, población usuaria de los servicios y empleados del propio IMSS.

5.60 Otorgarán atención al candidato a donar y donante libre de discriminación, y con apego a normatividad institucional y sectorial y principios bioéticos vigentes.

Personal de Trabajo Social:

5.61 Aplicará métodos y técnicas de trabajo social de grupo, de organización y desarrollo de la comunidad en relación a la educación de la población fuera de los servicios de sangre para tener una vida saludable y libre de factores de riesgo que le permitan ingresar al proceso de donación.

5.62 Otorgará pláticas de grupo, o individuales si es el caso, en las salas de espera de los candidatos a donación, para otorgar información específica del tiempo de atención, llenado del cuestionario de autoexclusión, proceso de donación, etc., e información necesaria determinada por Cuerpo de Gobierno.

5.63 Apoyará al paciente o candidato a donación en problemas detectados en relación al proceso de donación; posibles causas y recursos con los que se cuenta para resolverlos; a nivel de la institución y realizará actividades de vigilancia y control de fomento a la salud.

5.64 Coordinará y participará con otras instancias institucionales o interinstitucionales del sector público, social y privado para la educación y promoción de donación altruista.



Responsable	Descripción de actividades
6. Descripción de actividades Médico No Familiar tratante	<p style="text-align: center;">Etapa I Solicitud de Donación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifica la necesidad de disponer de alguno de los componentes sanguíneos para su aplicación al paciente en cualquier momento durante el proceso de atención médica y el número de posibles donadores. 2. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre las alternativas de donación de sangre:<ul style="list-style-type: none">• Donación voluntaria y altruista;• Donación familiar, dirigida;• Donación autóloga.<p>Explica las indicaciones, criterios de inclusión y exclusión para la realización de la donación autóloga, así como los posibles riesgos y complicaciones eventuales.</p><p>NOTA 1: La donación dirigida solamente debe ser autorizada por el médico de Banco de Sangre, en caso de que el paciente esté aloimmunizado o cuente con un grupo sanguíneo poco frecuente.</p><p>NOTA 2: En caso de donación autóloga, el Médico No Familiar tratante elaborará un resumen clínico en el formato "Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98" donde se especifique que el paciente es candidato a este tipo de donación, con el cual el Médico No Familiar de Banco de Sangre evaluará el caso.</p><p>NOTA 3: El formato de "Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98" corresponde al anexo 2 del "Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social", clave 2430-003-004.</p><p>NOTA 4: En caso de donación autóloga elabora el formato "Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1" clave 2430-009-007 (Anexo 1) y entrega al paciente.</p> 3. Registra las acciones realizadas e indicaciones en la Nota médica en el formato "Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72" y la anexa al "Expediente clínico". 4. Envía al paciente, familiar o persona legalmente responsable al Servicio de Trabajo Social para que se le otorgue información y orientación sobre el procedimiento de donación de sangre.



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Recepción	<p>8. Revisa las respuestas del “Cuestionario de pre-registro FBS-26” clave 2430-009-009 (Anexo 5) y determina si cubre con los requisitos para donar, con base al “Instructivo para la evaluación del cuestionario de pre-registro FBS-26” clave 2430-005-001, (Anexo 6).</p> <p>NOTA: Solicita asesoría del Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta en caso de dudas en las respuestas del cuestionario de pre-registro.</p> <p style="text-align: center;">No cubre requisitos</p> <p>9. Informa al candidato a donar o paciente que no cubre los requisitos establecidos para la donación. Le agradece su interés, lo despide y concluye procedimiento.</p> <p>NOTA: En caso de duda o inconformidad, lo envía con el Médico No Familiar o responsable de la atención médica del Banco de Sangre.</p> <p style="text-align: center;">Si cubre requisitos</p>
Personal del Área de Registro	<p>10. Refiere al candidato a donar o paciente al área de registro.</p> <p>11. Solicita documentos al candidato a donar o paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación Oficial;• “Volante de envío del donador de sangre FBS-11”, clave 2430-009-008 (Anexo 2); <p>en el caso de donación autóloga:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”, clave 2430-009-007 (Anexo 1), o “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98”. <p>NOTA: Al candidato a donar altruista solo le solicita identificación oficial y se corrobora la identidad.</p> <p>12. Registra en la sección “I. Datos sociodemográficos” de la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1”, clave 2430-009-010 (Anexo 7), captura huella dactilar y fotografía del candidato a donar o paciente, en el sistema informático.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal de Enfermería Personal del Área de Registro	<p style="text-align: center;">Signos vitales normales</p> <p>18. Indica al candidato a donar o paciente acudir al área de registro.</p> <p>19. Recibe y corrobora los datos del candidato a donar o paciente y emite las etiquetas:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Etiqueta de identificación” y• “Etiqueta Hematología” (pre-donación) con número de muestra con la siguiente información:<ul style="list-style-type: none">○ Nombre completo del donante o paciente;○ Fecha y hora;○ Fecha de nacimiento;○ Número de identificación asignado por el sistema informático;○ Código de barras con el número de identificación;○ Nombre de la etiqueta;○ Nombre del Personal Responsable que emite las etiquetas. <p>20. Entrega al candidato a donar o paciente las dos etiquetas elaboradas y solicita que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adhiera la “Etiqueta de identificación” a su ropa en un lugar visible sobre la cara anterior del tórax.• Conserve la “Etiqueta hematología” hasta el momento en que le sea solicitada. <p style="padding-left: 40px;">y solicita se presente en al área de muestras.</p>
Personal del Área de Muestras	<p>21. Recibe al candidato a donar o paciente con amabilidad y le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación Oficial;• Etiqueta Hematología (pre-donación) y• Cuestionario de pre-registro FBS-26, clave 2430-009-009, (Anexo 5), según el caso. <p>22. Verifica la identidad del candidato a donar o paciente y devuelve la Identificación Oficial y Cuestionario de pre-registro FBS-26, clave 2430-009-009 (Anexo 5), según el caso.</p> <p>23. Proporciona información sobre el procedimiento para la obtención de la muestra de sangre y valora el</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Muestras	<p>estado de la piel y las venas y actúa según el caso.</p> <p>NOTA: En caso de que el candidato a donar o paciente no cuente con piel y venas aptas para la donación, será el Médico No Familiar quien determine la continuidad del proceso.</p> <p style="text-align: center;">Candidato o paciente a donar Apto</p> <p>Continúa en la actividad 26.</p> <p style="text-align: center;">Candidato o paciente a donar No Apto</p> <p>24. Refiere al candidato a donar o paciente con el Médico no Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta.</p>
Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta	<p>25. Explica el motivo de la exclusión, registra el motivo en sistema informático, agradece la intención de donación y concluye el procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Candidato o paciente a donar Apto</p>
Personal del Área de Muestras	<p>26. Adhiere la “Etiqueta Hematología” (pre-donación) al tubo para la muestra de sangre del candidato a donar o paciente.</p> <p>27. Obtiene la muestra de sangre de acuerdo con el formato “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030 y la deposita en el tubo previamente etiquetado, al terminar orienta al candidato a donar o paciente, para que acuda a la sala de espera hasta ser llamado para su valoración médica.</p> <p>NOTA: El formato “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030, es el anexo 9 del “Procedimiento para la selección de donadoras, toma y recolección de sangre de cordón umbilical en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social” clave 2430-003-004.</p> <p>28. Entrega al Químico o Laboratorista el tubo etiquetado con la muestra de sangre.</p>
Químico o Laboratorista	<p>29. Recibe el tubo etiquetado con la muestra de sangre del candidato a donar o paciente y procesa la muestra.</p> <p>30. Centrifuga el tubo, revisa la presencia de ictericia y/o lipemia en el suero, valida los resultados y los ingresa al sistema informático, así como las observaciones</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Químico o Laboratorista</p> <p>Personal del Área de Recepción</p> <p>Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta</p>	<p>(calidad de la muestra o alertas).</p> <p>31. Entrega al Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta la documentación generada hasta el momento del candidato a donar o paciente al finalizar la toma de muestra.</p> <p>NOTA: En caso de donación autóloga, le entrega al Médico no Familiar la “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”, clave 2430-009-007 (Anexo 1) y formato de “Referencia-Contrarreferencia” 4-30-8/98”.</p> <p>32. Llama al candidato a donar o paciente que se encuentra en la sala de espera, con amabilidad y le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Identificación Oficial”, verifica su identidad con la Etiqueta de Identificación y fotografía del sistema informático que corresponda y• “Cuestionario de pre-registro FBS-26” clave 2430-009-009 (Anexo 5), según el caso. <p>33. Realiza el interrogatorio clínico y exploración física, previa autorización por el candidato a donar o paciente y registra en el sistema informático la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010, (Anexo 7).</p> <p>34. Confirma con el candidato a donar o paciente si comprendió la “Información previa para el donante” 2430-022-004, (Anexo 4), o la información proporcionada por el Personal de Banco de sangre o Centro de Colecta, en su caso le hace las aclaraciones pertinentes.</p> <p>35. Imprime y solicita al candidato a donar o paciente, firmar la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7).</p> <p>NOTA 1: El candidato a donar o paciente, firma una leyenda de declaratoria bajo protesta de decir verdad, que se encuentra en “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7).</p> <p>NOTA 2: En caso de negativa a firmar la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7) se deberá colocar una observación al pie de la misma.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta	<p>36. Decide en función de los resultados del Sistema informático (muestras y signos vitales), interrogatorio clínico y exploración física; la continuación del proceso de donación.</p> <p style="text-align: center;">Candidato a Donar Apto</p> <p>Continúa en la actividad 38.</p> <p style="text-align: center;">Candidato a Donar No apto</p> <p>37. Explica al candidato a donar o paciente los motivos por lo que no es apto para la donación y tiempo de diferimiento para realizar nueva donación, los cuales registra en la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010, (Anexo 7) y concluye procedimiento.</p> <p>NOTA: Aquellos con diferimiento temporal se les invitará a donar una vez que concluya el periodo de diferimiento.</p> <p style="text-align: center;">Candidato a Donar apto</p> <p>38. Elabora e imprime la “Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos” clave 2430-009-011 (Anexo 8) y solicita la firma autógrafa del donante o paciente.</p> <p>NOTA 1: En el caso de donación autóloga se elabora la “Carta de consentimiento informado para la donación autóloga” clave 2430-009-012, (Anexo 9), solicita la firma autógrafa del paciente, familiar o persona legalmente responsable y la anexa a los documentos que se hayan generado hasta el momento.</p> <p>NOTA 2: En caso de negación del consentimiento se solicita firma en el reverso del mismo y concluye el procedimiento.</p> <p>NOTA 3: Al donante autólogo se le informa fecha de cita subsecuente por cada extracción de sangre que se planea en el esquema de donación autóloga será necesario realizar todo el procedimiento descrito.</p> <p>39. Indica al donante o paciente pasar al Área de Sangrado o Aféresis, según sea el caso.</p> <p>40. Entrega al Área de Sangrado o Aféresis los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cuestionario de pre-registro FBS-26”, clave 2430-009-009 (Anexo 5), según el caso,



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar del Banco de Sangre o Centro de Colecta	<p>No existe una reacción adversa a la Donación</p> <p>Continúa en la actividad 54.</p> <p>Existe una reacción adversa a la donación</p> <p>50. Informa al personal del Banco de Sangre de la presentación y tipo de la reacción adversa, solicita apoyo e instala las medidas correspondientes de acuerdo al “Instructivo para el manejo de las posibles complicaciones derivadas de la donación” clave 2430-005-003, (Anexo 13).</p> <p>51. Vigila estrechamente la condición clínica del donante o paciente hasta su estabilización y da seguimiento hasta la resolución de la reacción adversa a la donación de acuerdo con el “Instructivo para el manejo de las posibles complicaciones derivadas de la donación”, clave 2430-005-003 (Anexo 13).</p> <p>NOTA: La continuidad de la flebotomía, deberá ser determinada por el Médico No Familiar de Banco de Sangre o Centro de Colecta.</p> <p>52. Elabora el “Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” clave 2430-014-001, (Anexo 14) en original y dos copias, anexa el original a los documentos que se han generado hasta el momento del donante o paciente y entrega las dos copias al Responsable del Banco de Sangre.</p>
Responsable del Banco de Sangre	<p>53. Recibe dos copias del “Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” clave 2430-014-001 (Anexo 14), presenta la primera copia al Comité de Medicina Transfusional y archiva la segunda copia.</p> <p>Continúa en la actividad 54.</p> <p>No existe una reacción adversa a la Donación</p>
Personal del Área de Sangrado o Aféresis	<p>54. Indica al donante o paciente mantenerse en reposo al menos diez minutos una vez concluida la flebotomía.</p> <p>55. Revisa el estado general del donante o paciente, pregunta si se encuentra en condiciones de deambular y aclara las posibles dudas en el ámbito</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Sangrado o Aféresis	<p>de su competencia.</p> <p>56. Entrega al donante o paciente el “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015, (Anexo 15), explica la forma de llenado y confidencialidad del mismo; señala el sitio de depósito (buzón correspondiente) una vez que termine.</p> <p>57. Firma la “Etiqueta certificado de donación”, se le entrega al donante o paciente junto con “Etiqueta de Colación” indica el lugar para entrega de colación.</p> <p>NOTA: Al donante altruista, no se le entrega la “Etiqueta certificado de donación”.</p> <p>58. Informa al donante o paciente que el Personal de Trabajo Social enviará a la Unidad Médica la “Lista de donadores” a nombre del paciente para el que donó, en su caso.</p> <p>59. Verifica que el donante o paciente deposite el “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 (Anexo 15), en el buzón antes de abandonar el área.</p> <p>60. Informa sobre los cuidados que debe seguir después de la donación, le entrega el formato “Cuidados y recomendaciones a seguir después de la donación de sangre” clave 2430-022-005, (Anexo 16) y agradece su donación.</p> <p>61. Indica que pase con el personal del área de colación para la entrega de la misma e informa sobre la importancia de ingerirla inmediatamente después de la sangría.</p> <p>NOTA: Acorde a la NOM-253-SSA1-2012, los Bancos de Sangre y Centros de Colecta deberán contar con líquidos para ofrecer al donador en caso necesario, en un área inmediata o cercana al área de sangrado y serán acorde a los recursos y organización de la Unidad.</p>
Personal del Área de Colación	<p>62. Invita al donante o paciente a sentarse, solicita la “Etiqueta colación” y le proporciona una colación.</p> <p>NOTA: Para el donante autólogo, se realiza revaloración médica según el esquema de manejo planeado posteriormente de haber ingerido la colación.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Recepción del Banco de Sangre o Centro de Colecta o Trabajadora Social	<p>63. Recibe al término de la colación, del donante o paciente la “Etiqueta certificado de donación”, para hacer constar la donación y solicita con amabilidad que desprenda la “Etiqueta de identificación” que tiene adherida a su ropa y que se la entregue.</p> <p>64. Destruye la “Etiqueta de identificación” y adhiere la “Etiqueta certificado de donación” al “Registro diario de donantes”. Solicita al donante o paciente que acuda al área de recepción por la “Constancia de donación de sangre FBS-7” clave 2430-009-015, (Anexo 17) o “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18) según corresponda.</p> <p>NOTA: Deberá existir en bitácora un “Registro diario de donadores” con número de folio consecutivo en cada hoja y el uso adecuado será responsabilidad del Personal responsable del Área de Recepción del Banco de Sangre.</p> <p>65. Elabora la “Constancia de donación de sangre FBS-7” clave 2430-009-015, (Anexo 17) o “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18) según corresponda, informa al Responsable del Banco de Sangre o Jefe de Servicio y solicita su firma en la misma.</p> <p>NOTA: Informa al donante autólogo que deberá entregar la “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18) al Médico No Familiar tratante al momento de su internamiento a la unidad médica hospitalaria correspondiente, aclara dudas y despide.</p>
Responsable del Banco de Sangre o Jefe de Servicio	<p>66. Recibe la “Constancia de donación de sangre FBS-7”, clave 2430-009-015, (Anexo 17) o “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18), ratifica información y registra los datos del donante o paciente y unidad médica hospitalaria tratante en la “Bitácora de constancias de donación de sangre FBS-7”.</p> <p>67. Firma la “Constancia de donación de sangre FBS-7” clave 2430-009-015, (Anexo 17) o “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18), y la devuelve al Personal del Área de Recepción del Banco de Sangre o Centro de Colecta o Trabajadora Social.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Recepción del Banco de Sangre o Centro de Colecta o Trabajadora Social	<p>68. Recibe y entrega al donante o paciente la “Constancia de donación de sangre FBS-7”, clave 2430-009-015 (Anexo 17) o “Constancia de donación autóloga AD-3” clave 2430-009-016 (Anexo 18), según corresponda, agradece su colaboración y le informa que el proceso de donación ha concluido.</p> <p>NOTA: Las constancias de donación, también pueden ser enviadas vía correo electrónico a la Unidad Médica Hospitalaria que solicitó la donación.</p> <p>69. Invita al donante o paciente a participar como donante voluntario, en caso de aceptar registra: periodicidad de donación, dirección, teléfono, correo electrónico y lo despide con amabilidad o cortesía.</p> <p>NOTA: El registro se puede realizar en una bitácora expreso o a través de sistema informático.</p> <p>70. Elabora “Listado de constancias de donación según tipo”, en original y dos copias para cada unidad médica hospitalaria tratante, al finalizar la jornada, con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha.• Tipo de donación.• NSS y agregado del paciente;• Nombre completo del donante y• Nombre del servicio que envía al donante. <p>En el caso de donación dirigida: nombre completo del paciente para el cual se donó el componente sanguíneo,</p> <p>y solicita la firma del Médico Responsable.</p>
Médico Responsable del Banco de Sangre o Centro de Colecta	<p>71. Coteja el “Listado de constancias de donación según tipo” con el “Registro diario de donantes”, firma el original y las dos copias y las regresa al Personal del área de recepción del Banco de Sangre o Trabajadora Social.</p> <p>NOTA: En caso de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p>
Personal del Área de Recepción del Banco de Sangre o Centro de Colecta o	<p>72. Envía “Listado de constancias de donación según tipo”, en original y dos copias, a los Jefes de Laboratorio Clínico y de Oficina de Trabajo Social de</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Trabajadora Social</p> <p>Personal del Área de Recepción del Banco de Sangre o Centro de Colecta o Trabajadora Social</p> <p>Jefe de Oficina de Trabajo Social de la Unidad Médica Hospitalaria tratante</p> <p>Médico No Familiar o responsable de la atención médica del Banco de Sangre o Centro de Colecta</p> <p>Personal del Área de Sangrado de Banco de Sangre o Centro de Colecta</p>	<p>la Unidad Médica Hospitalaria tratante, entrega una copia a cada uno y les solicita que firme de recibido en el original.</p> <p>NOTA: En caso de existir el recurso, es posible enviar el “Listado de constancias de donación según tipo” mediante correo electrónico Institucional con acuse de recibido.</p> <p>73. Recibe el original del “Listado de constancias de donación según tipo”, con firmas de recibido y lo archiva de forma definitiva.</p> <p>74. Informa a la Trabajadora Social, responsable del servicio donde se internará o se encuentra hospitalizado el paciente, del cumplimiento de donación de sangre.</p> <p style="text-align: center;">Etapa IV Seguimiento de los componentes sanguíneos</p> <p>75. Obtiene del buzón el “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 (Anexo 15), lo revisa e identifica las causas de exclusión del donante y los números de identificación de las bolsas que serán dados de baja.</p> <p>76. Registra en sistema informático el número de identificación de bolsa a dar de baja, e informa al Jefe de Banco de Sangre o Centro de Colecta.</p> <p>NOTA: En el sistema informático se registra el número de pregunta del “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 (Anexo 15) que causa la exclusión del donante.</p> <p>77. Identifica, separa y da de baja en el sistema informático las bolsas de sangre que no cumplen con los requisitos para realizar el fraccionamiento (volumen insuficiente, ruptura de la bolsa, etc.).</p> <p>NOTA: Se debe anotar en la etiqueta la leyenda “BAJA o NO TRASFUNDIRSE”, a fin de garantizar la exclusión del uso terapéutico.</p> <p>78. Registra los componentes sanguíneos en el formato “Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4” clave 2430-022-008 en original y dos copias.</p> <p>NOTA: El formato “Movimiento diario de sangre en el Banco de</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Sangrado de Banco de Sangre o Centro de Colecta	Sangre FBS-4” clave 2430-022-008 es el Anexo 1 del “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social” 2430-003-003.
Personal del Centro de Colecta	<p>79. Mantiene en custodia las bolsas de sangre total o componentes sanguíneos bajo condiciones adecuadas de almacenamiento y temperatura hasta su envío al Banco de Sangre de referencia.</p> <p>NOTA: El intervalo entre la extracción y el fraccionamiento de la sangre total se llevará a cabo a la brevedad posible con el fin de conservar los efectos terapéuticos de cada uno de los componentes que la constituyen.</p>
Personal del Área de Sangrado del Centro de Colecta	<p>80. Realiza el embalaje de las bolsas de sangre total y los tubos con las muestras de sangre de acuerdo a las “Instrucciones de Embalaje de Bolsas y Tubos de Muestras para envío a Banco de Sangre de Referencia”, clave 2430-005-037 (Anexo 19), incluyendo las unidades autoexcluidas con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cuestionario de pre-registro FBS-26” clave 2430-009-009 (Anexo 5);• “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7);• “Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos” clave 2430-009-011 (Anexo 8), (para donante familiar o voluntario);• “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 (Anexo 15);• “Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4” clave 2430-022-008; original y dos copias; <p>y en su caso:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” clave 2430-014-001, (Anexo 14); <p>y en caso de donación autóloga:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1” clave 2430-009-007, (Anexo 1), según el caso;• “Referencia-Contrarreferencia clave 4-30-8/98”, y• “Carta de consentimiento informado para la donación



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Despacho del Banco de Sangre	<p>86. Regresa todo el lote al Centro de Colecta para su baja administrativa y física, incluyendo los “Documentos del donante”.</p> <p>87. Inicia la baja de sangre total y componentes sanguíneos de acuerdo al “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p> <p>Continúa en actividad 151.</p> <p style="text-align: center;">Explica las inconsistencias o No Existen</p> <p>88. Firma de recibido en las dos copias del formato “Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4” clave 2430-022-008, entrega la primera copia al Personal Responsable de la Recepción del Centro de Colecta y la segunda a la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica Hospitalaria de la cual dependa el Banco de Sangre receptor y resguarda original.</p>
Personal de Recepción del Banco de Sangre	<p>89. Registra en el sistema informático la información que recibe o que se generó al momento en el proceso de donación.</p> <p>NOTA 1: En el caso de no contar con sistema informático, el personal de recepción deberá asignar un número único e irrepetible a cada donación y emitirá las siguientes etiquetas con el nuevo número asignado y nombre del donante; las adhiere dejando visible los datos de la etiqueta del Centro de Colecta, de la siguiente forma,:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las cuatro etiquetas para la bolsa de recolección son para:<ul style="list-style-type: none">○ La bolsa primaria (concentrado eritrocitario) y○ Tres bolsas satélites (concentrado plaquetario, plasma y crioprecipitados);• La etiqueta “NAT” se adhiere al tubo con tapón blanco (biología molecular –prueba para ácidos nucleicos- para VIH, HVC y HVB);• La etiqueta “Grupo y Rh” a uno de los tubos con tapón lila o morado (grupo sanguíneo ABO y Rh);• La etiqueta “Serología” en el tubo de tapón rojo (serología),• La etiqueta “Auto-exclusión” al “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-022-015 (Anexo 15), y• La etiqueta “Unidad” a la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010, (Anexo 7).



Responsable	Descripción de actividades
<p>Personal de Recepción del Banco de Sangre</p> <p>Médico No Familiar del Banco de Sangre</p> <p>Personal de las Áreas de Sangrado, Aféresis, Despacho y Administrativo</p>	<p>NOTA 2: En caso de donación autóloga, adhiere la "Etiqueta de identificación para la bolsa de extracción" a la bolsa primaria.</p> <p>90. Elabora nuevamente el formato "Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4" clave 2430-022-008, en original y tres copias.</p> <p>91. Anexa el "Cuestionario de auto-exclusión FBS-12", 2430-022-015 (Anexo 15) y la "Historia clínica para la selección del donante FBS-1", clave 2430-009-010 (Anexo 7) y asegura mantener la confidencialidad de los documentos.</p> <p>92. Envía al Laboratorio de serología y biología molecular los documentos del donante y tubos con las muestras de sangre y "Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4" clave 2430-022-008, primera copia.</p> <p>NOTA: Para donación autóloga se envía "Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1" clave 2430-009-007, (Anexo 1) según el caso, "Notas médicas y prescripción 4-30-128/72" o "Referencia-Contrarreferencia clave 4-30-8/98" y "Carta de consentimiento informado para la donación autóloga" clave 2430-009-012, (Anexo 9).</p> <p>93. Envía al Área de Fraccionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bolsas de sangre total, o• Bolsas con el componente sanguíneo por aféresis de los donantes;• "Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4" clave 2430-022-008, segunda copia. <p>94. Envía a la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica Hospitalaria de la cual dependa el Banco de Sangre el formato "Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4" clave 2430-022-008, tercera copia.</p> <p>95. Envía al Médico Responsable del Banco de Sangre el formato "Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4" clave 2430-022-008, original.</p> <p>NOTA: En caso de donación autóloga se notifica al personal responsable de la Unidad Médica Hospitalaria tratante del paciente la existencia del componente sanguíneo para que realicen las gestiones en el ámbito de su competencia y solicitarlos en tiempo y forma para la transfusión del paciente.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>96. Recibe de las Áreas de Sangrado, Aféresis y Despacho:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tubos con las muestras de sangre;• Documentos del donante. <p>NOTA: En la donación autóloga se recibe “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1” clave 2430-009-007, (Anexo 1), “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” y “Carta de consentimiento informado para la donación autóloga” clave 2430-009-012, (Anexo 9).</p> <p>97. Valora si la muestra cumple los requisitos de calidad para su procesamiento, conforme al “Manual de calidad” y actúa según el caso:</p> <p style="text-align: center;">Cumple requisitos la muestra sanguínea</p> <p>Continúa en la actividad 99.</p> <p style="text-align: center;">No cumple requisitos la muestra sanguínea</p> <p>98. Separa las muestras sanguíneas y los componentes que no cumplen con los requisitos e inicia la baja de sangre total y componentes sanguíneos de acuerdo con el “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p> <p>Continúa en la actividad 151.</p> <p style="text-align: center;">Cumple los requisitos la muestra sanguínea</p> <p>99. Realiza las pruebas de tamizaje para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Detección de agentes infecciosos por serología y biología molecular, según el caso:<ul style="list-style-type: none">○ Treponema pallidum;○ Virus B de la hepatitis;○ Virus C de la hepatitis;○ V.I.H. tipo 1 y 2;○ Trypanosoma cruzi, y○ Otros agentes.• Grupo sanguíneo ABO y Rh;• Detección de anticuerpos irregulares, antieritrocitarios u otros fenotipos en caso necesario, verifica y valida el registro de resultados en el sistema informático.



Responsable	Descripción de actividades
Personal Responsable del Área de Fraccionamiento	<p>104. Revisa y separa las bolsas de los componentes sanguíneos con defectos y entrega al Médico Responsable de Banco de Sangre para su baja, acorde a “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p> <p>105. Entrega al Laboratorio de serología y biología molecular:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las bolsas con los componentes sanguíneos fraccionados,y• Copia del formato “Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día”, clave 2430-022-011; <p>solicita firma de recibido en original y archiva.</p>
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>106. Consulta los resultados de serología y biología molecular en el sistema informático, imprime y anexa a los “Documentos del donante”.</p> <p>NOTA: La impresión de resultados deberá contener la ficha de identificación del paciente o donante, así como el número de pre-donante/muestra y número de unidad registrados en el numeral 1 del formato “Historia clínica para la selección del donante FBS- 1” clave 2430-009-010, (Anexo 7).</p> <p>107. Emite y coloca las “Etiquetas de liberación de componentes sanguíneos”, con apego a la NOM-253-SSA1-2012, para cada uno de los componentes sanguíneos fraccionados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Concentrado Plaquetario;• Concentrado Eritrocitario;• Plasma Fresco Congelado;• Crioprecipitados;• Aféresis plaquetarias. <p>108. Entrega al Área de Despacho:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los componentes sanguíneos liberados;• Copia del formato “Componentes sanguíneos liberados por unidad y día” clave 2430-009-017, (Anexo 20); solicita en original firma de recibido y entrega a personal administrativo del laboratorio.
Personal del Área de Despacho	<p>109. Archiva la copia del formato “Componentes sanguíneos liberados por unidad y día” clave 2430-009-017 (Anexo 20).</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de Despacho	<p>110. Almacena y custodia los componentes sanguíneos de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Temperatura de conservación adecuada con apego a la NOM 253-SSA1-2012;• De menor a mayor vigencia;• Tipo de componente y grupo sanguíneo. <p>espera la solicitud de las Unidades Médicas Hospitalarias, para su envío.</p> <p>111. Revisa diariamente los componentes sanguíneos almacenados, identifica aquellos que no cumplen con los requisitos para ser transfundidos (límite de vigencia vencido, contaminación, ruptura de bolsa o cualquier otra eventualidad).</p> <p>112. Separa los componentes que no cumplen con los requisitos para ser transfundidos e inicia la baja de sangre total y componentes sanguíneos de acuerdo con el “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003.</p>
Personal administrativo del Laboratorio	<p>113. Recibe del responsable del Área de Laboratorio de serología y biología molecular el original del formato “Componentes sanguíneos liberados por unidad y día”, clave 2430-009-017, (Anexo 20), concentra y archiva todos los documentos del donante.</p> <p>NOTA: Para donación autóloga se archiva la “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1” clave 2430-009-007, (Anexo 1) según el caso, “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” o “Referencia-Contrarreferencia clave 4-30-8/98” y “Carta de consentimiento informado para la donación autóloga” clave 2430-009-012, (Anexo 9).</p> <p>Continúa en la actividad 151.</p> <p style="text-align: center;">Prueba de tamizaje reactiva</p>
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>114. Registra la baja administrativa de los componentes sanguíneos con resultado reactivo de la serología en el sistema informático y procede a su localización.</p> <p>115. Separa los componentes sanguíneos a dar de baja y mantiene bajo su custodia hasta su depósito en el contenedor para residuos peligrosos biológico-infecciosos.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>116. Inicia la baja de sangre total y componentes sanguíneos de acuerdo al “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto Mexicano del Seguro Social” clave 2430-003-003.</p> <p>117. Repite las pruebas de tamizaje por duplicado de una parte alícuota de la unidad extraída de la bolsa de donación y el tubo de muestra; actúa según el caso.</p> <p>NOTA: Con apego al numeral 9.4.5 de la “Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.</p> <p style="text-align: center;">Segunda prueba de tamizaje reactiva</p> <p>Continúa en la actividad 119.</p> <p style="text-align: center;">Segunda prueba de tamizaje no reactiva (Negativo)</p> <p>118. Imprime el resultado y anexa a la “Historia clínica para la selección del donante FBS- 1” clave 2430-009-010, (Anexo 7).</p> <p>NOTA: Con apego al numeral 9.4.5 de la “Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.</p> <p>Continúa en la actividad 137.</p> <p style="text-align: center;">Segunda prueba de tamizaje reactiva</p> <p>119. Imprime el resultado y anexa a la “Historia clínica para la selección del donante FBS- 1” clave 2430-009-010, (Anexo 7) y archiva la segunda prueba de escrutinio.</p> <p>NOTA: Con apego al numeral 9.4.5 de la “Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.</p> <p>120. Compila y archiva los documentos generados durante el proceso de la donación:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010 (Anexo 7);• “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12” clave 2430-



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>022-015 (Anexo 15);</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cuestionario de pre-registro FBS-26” clave 2430-009-009 (Anexo 5); • “Movimiento diario de sangre en el Banco de Sangre FBS-4” clave 2430-022-008; • “Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos” clave 2430-009-011, (Anexo 8) (para donante familiar o voluntario). <p>en su caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” clave 2430-014-001, (Anexo 14); <p>y para donación autóloga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1” clave 2430-009-007, (Anexo 1), según el caso; • “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98”, y • “Carta de consentimiento informado para la donación autóloga” clave 2430-009-012 (Anexo 9).
Responsable del Banco de Sangre y Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>121. Elabora en original y copia “Listado de donantes con serología reactiva” con los datos consignados en el recuadro: I. Datos sociodemográficos de la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” clave 2430-009-010, (Anexo 7).</p>
Médico del Banco de Sangre	<p>122. Envía a la Trabajadora Social el “Listado de donantes con serología reactiva” en original y copia y le solicita firma de recibido en copia y archiva.</p>
Trabajadora Social	<p>123. Recibe “Listado de donantes con serología reactiva”, inicia la localización mediante llamadas telefónicas o correos electrónicos, de acuerdo a los números y direcciones proporcionados de los donantes con serología reactiva, registra las acciones realizadas en “Notas de trabajo social médico, 4-30-54/2000”.</p> <p>NOTA 1 : El formato “Notas de Trabajo Social Médico, 4-30-54/2000”, es el anexo 30 del “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel de Atención”, clave 2430-003-016.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	<p>NOTA 2: Deberá de realizar tres intentos por lo menos en los primeros 8 días para localizar al donante.</p> <p>124. Anexa “Notas de trabajo social médico clave 4-30-54/2000” a los documentos generados hasta el momento y procede conforme a los resultados de localización del donante.</p> <p style="text-align: center;">Localiza al donante con serología reactiva</p> <p>Continúa en actividad 127.</p> <p style="text-align: center;">No localiza al donante con serología reactiva</p> <p>125. Envía por correo electrónico a la Unidad de Medicina Familiar correspondiente la “Solicitud de visita domiciliaria” en donantes derechohabientes para su localización y derivación al Banco de Sangre.</p>
Médico Responsable del Banco de Sangre	<p>126. Elabora y envía mensualmente al:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jefe de División de Epidemiología o• Médico No Familiar Epidemiólogo o• Médico responsable de la vigilancia epidemiología hospitalaria de la cual dependa el Banco de Sangre o• Coordinador Delegacional de Salud Pública o Coordinador Auxiliar Médico Epidemiólogo, <p>el “Reporte de donantes con serología reactiva localizados y no localizados” con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Datos sociodemográficos de los donantes no localizados y• Acciones realizadas para su búsqueda. <p>Continúa en la actividad 148.</p> <p style="text-align: center;">Localiza al donante con serología reactiva</p>
Trabajadora Social	<p>127. Solicita al donante con serología reactiva acudir al Banco de Sangre a la brevedad para repetición de estudios complementarios.</p>
Personal del Área de recepción del Banco de Sangre	<p>128. Recibe al donante con serología reactiva, verifica identidad y le explica la necesidad de realizarle estudios complementarios.</p> <p>NOTA: Con base al recurso humano que cuente el Banco de Sangre, el donante puede ser recibido por la Trabajadora Social.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Área de recepción del Banco de Sangre Médico No Familiar del Banco de Sangre	<p>129. Ratifica o rectifica los datos sociodemográficos proporcionados en el “Listado de donantes con serología reactiva”.</p> <p>130. Conduce al donante con serología reactiva con el Médico No Familiar del Banco de Sangre.</p> <p>131. Recibe al donante con serología reactiva, explica el motivo de la consulta y realiza interrogatorio dirigido (haciendo hincapié en la presencia de factores de riesgo).</p> <p>132. Elabora la “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105/2001”, registra el estudio que se requiere según el caso, imprime etiquetas de identificación para las nuevas muestras y conduce al donante al Área de Obtención de Muestras.</p> <p>NOTA 1: La “Solicitud de exámenes de laboratorio” 4-105/2001 es el Anexo 6 del “Procedimiento para ingreso, atención médica y egreso en el Departamento Clínico de Urgencias y/o Admisión Continua, en Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención”, clave 2430-003-041.</p> <p>NOTA 2: La impresión de las etiquetas corresponde a la etiqueta “NAT” (biología molecular –prueba para ácidos nucleicos- para VIH, HVC y HVB), y Serología”. La impresión de estas, se realiza con base a la estructura y recurso humano, también la puede realizar el Químico o el Laboratorista.</p> <p>133. Solicita se agende próxima cita para la evaluación de los resultados de laboratorio; consigna las acciones realizadas en “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y archiva temporalmente.</p> <p>NOTA: La cita se otorga o agenda por el personal asignado con base a la estructura física y recursos humanos del Banco de Sangre.</p>
Personal Responsable del Área de Muestras	<p>134. Recibe al donante con la “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105/2001” y “Etiquetas de Identificación”, toma muestra de sangre de acuerdo a las “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030 y las envía al Laboratorio de serología y biología molecular.</p>
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular	<p>135. Recibe muestra sanguínea y el formato “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105/2001”, procesa la</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal del Laboratorio de serología y biología molecular Médico No Familiar del Banco de Sangre	<p>muestra e ingresa los resultados en el sistema informático.</p> <p>136. Recibe al paciente el día de la cita, consulta los resultados de laboratorio en el sistema informático del Banco de Sangre y otorga consejería médica de acuerdo al reporte encontrado.</p> <p style="text-align: center;">El resultado es positivo</p> <p>Continúa en la actividad 139.</p> <p style="text-align: center;">El resultado es negativo</p> <p>137. Informa al donante los resultados negativos, explica en forma sencilla la razón por la que en esta ocasión no podrá ser donante de sangre y que la atención médica en Banco de Sangre ha terminado.</p> <p>138. Consigna las acciones realizadas en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, lo anexa a los documentos generados hasta el momento para archivo definitivo y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">El resultado es positivo</p> <p>139. Recibe del Químico del Laboratorio de serología y biología molecular los “Resultados de laboratorio” con nombre, matrícula y firma autógrafa en el mismo, anexa a los documentos generados hasta el momento del paciente.</p> <p>140. Aclara las dudas del paciente e identifica su derechohabiencia.</p> <p style="text-align: center;">Donante no derechohabiente</p> <p>Continúa en la actividad 145.</p> <p style="text-align: center;">Donante derechohabiente</p> <p>141. Elabora nota médica en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y solicita firma autógrafa al paciente.</p> <p>142. Elabora el formato “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” en original y copia, registra el resultado de</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar del Banco de Sangre	<p>los exámenes de laboratorio y entrega al paciente.</p> <p>143. Indica que acuda con su Médico Familiar para recibir atención médica e informa que la evaluación por parte del Banco de Sangre ha terminado.</p> <p>144. Anexa a los documentos del paciente generados hasta el momento, archiva de forma definitiva y concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">Donante no derechohabiente</p> <p>145. Elabora el formato “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” en original y copia, y orienta para que acuda a la Institución de derechohabencia que le corresponda para recibir atención médica.</p> <p>146. Entrega al donante el original del formato “Referencia-Contrarreferencia, 4-30-8/98” y “Resultados de laboratorio”, solicita firma autógrafa en copia e informa que la evaluación por parte del Banco de Sangre ha terminado.</p> <p>147. Anexa a los documentos del donante, generados hasta el momento y archiva de forma definitiva.</p>
Responsable del Banco de Sangre	<p>148. Elabora en original y copia “Oficio” y “Listado de donantes con serología positiva” con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha.• Iniciales del donante.• Número de unidad asignado por el Banco de Sangre al donante. <p>149. Envía original y copia del “Oficio” y “Listado de donantes con serología positiva” a:</p> <ul style="list-style-type: none">• División de Epidemiología o• Médico No Familiar Epidemiólogo o• Médico responsable de la vigilancia epidemiología hospitalaria de la cual dependa el Banco de Sangre o• Coordinador Delegacional de Salud Pública o• Coordinador Auxiliar Médico Epidemiólogo, <p>según el caso, para su notificación y solicita firma de recibido en la copia y archiva.</p>



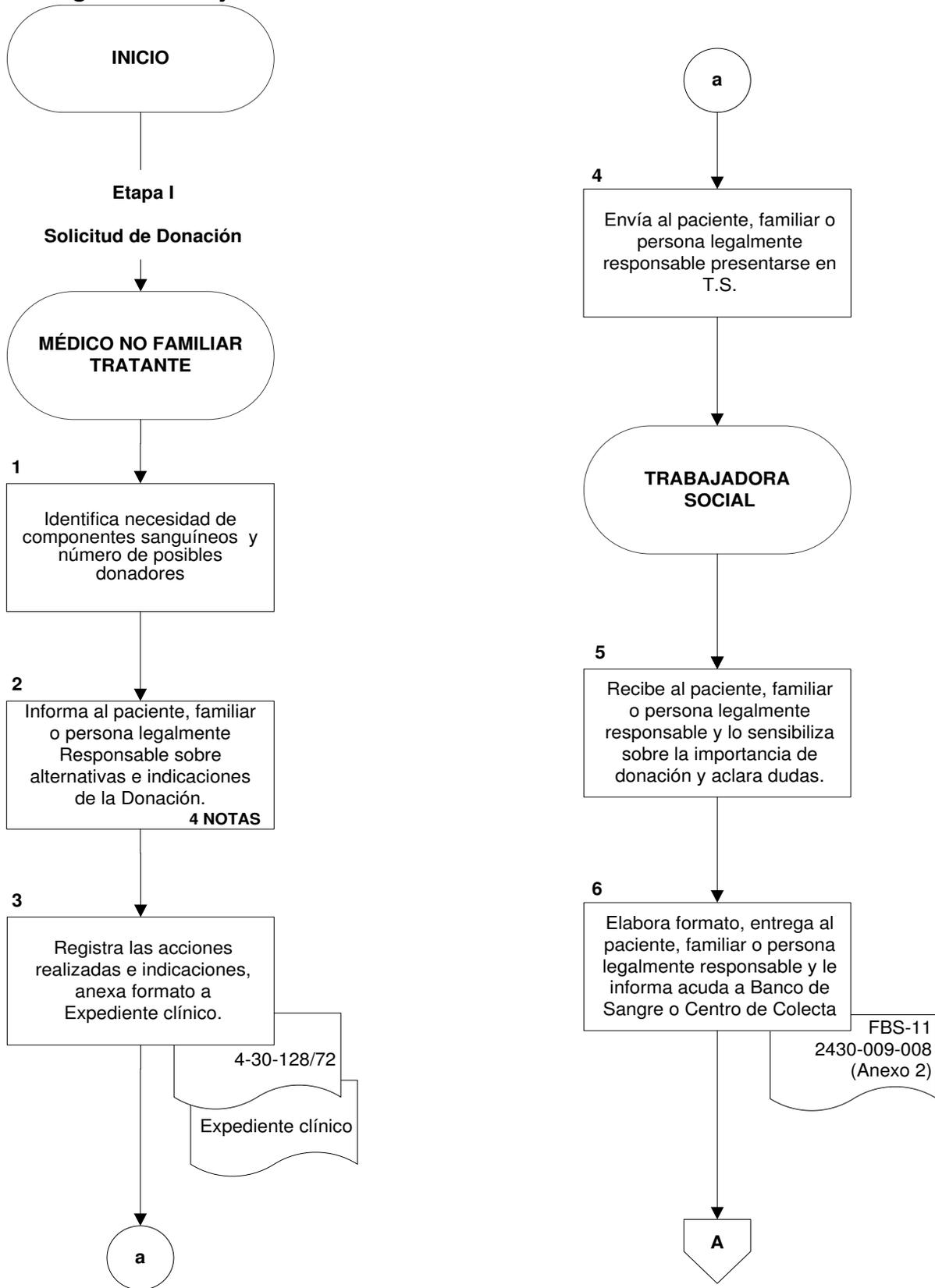
Responsable	Descripción de actividades
<p>Jefe de División de Epidemiología, Médico No Familiar Epidemiólogo o Responsable de la vigilancia epidemiológica hospitalaria de la cual dependa el Banco de Sangre o Coordinador Delegacional de Salud Pública o Coordinador Auxiliar Médico Epidemiólogo</p>	<p>150. Realizan el estudio epidemiológico, captura en el sistema informático correspondiente designado por la normativa. Así como lo descrito en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-017-SSA2-1994; • NOM-032-SSA2-2010; • NOM-039-SSA2-2014. <p>NOTA: Se define como estudio epidemiológico de caso, a la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.</p>
<p>Personal Médico, Enfermera, Químico, Laboratorista, Auxiliar de Laboratorio, Personal de limpieza e higiene y Auxiliar de Servicios de Intendencia en el Centro de Colecta o el Banco de Sangre</p>	<p style="text-align: center;">Etapa V Manejo de RPBI y Reportes finales</p> <p>151. Identifican, separan y depositan los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan durante el proceso de donación, en los contenedores específicos.</p>
<p>Personal Médico y Administrativo que designe el Centro de Colecta o el Banco de Sangre</p>	<p>152. Supervisa la identificación, separación y depósito de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) que se generan durante la atención médica de los pacientes, en los contenedores específicos.</p>
<p>Responsable Sanitario o Director del Banco de Sangre</p>	<p>153. Elabora los formatos “Informe mensual de la disposición de sangre y componentes sanguíneos” modalidad A) Bancos de Sangre e “Informe mensual de la disposición de sangre y componentes sanguíneos” modalidad C) Del Uso Terapéutico, en original y copia y se envía al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud.</p> <p>NOTA: Los formatos de “Informes mensuales de la disposición de sangre y componentes sanguíneos” modalidad A y C, se encuentran en el “ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites así como sus formatos que se realizan ante la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de junio de 2017.</p>

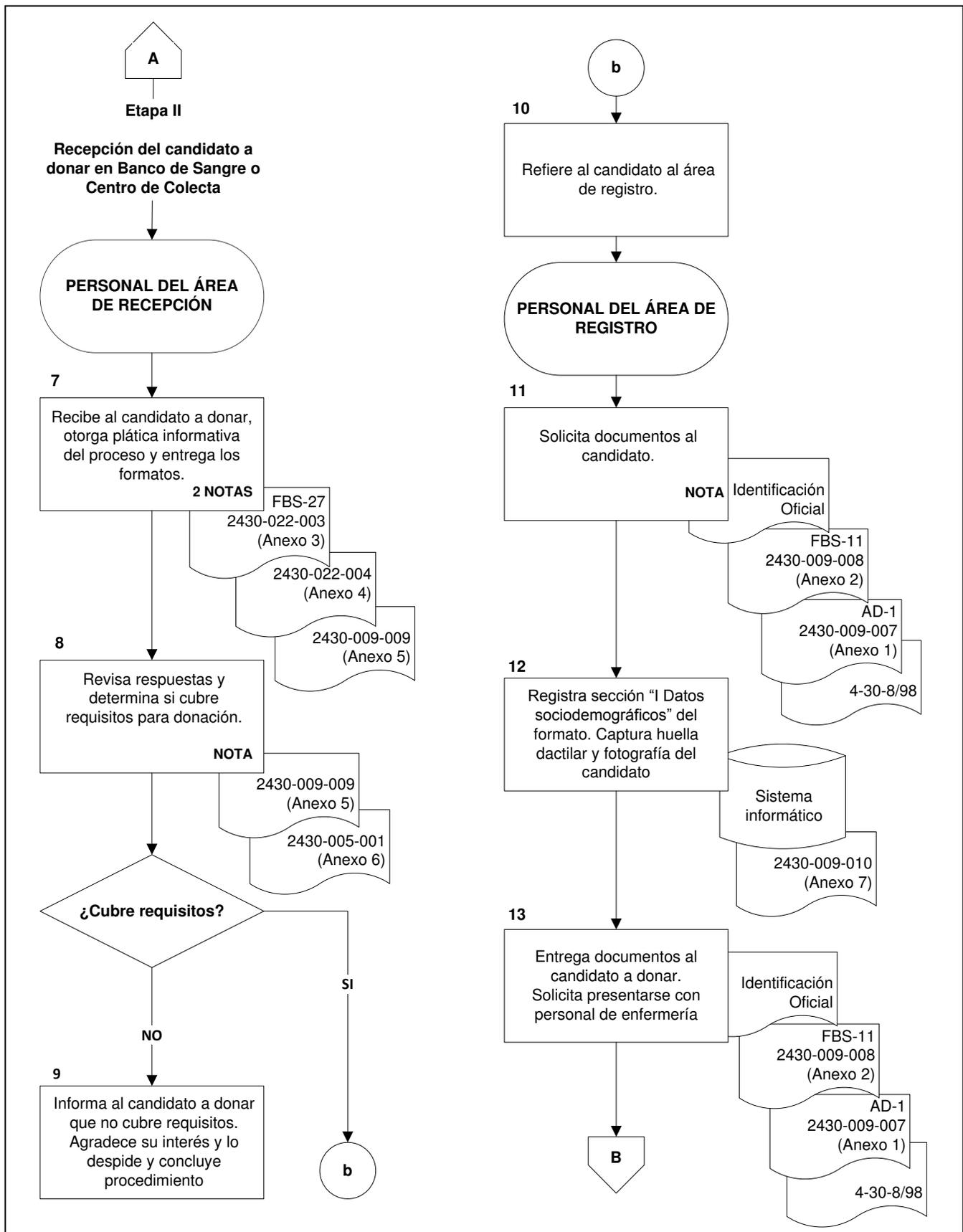


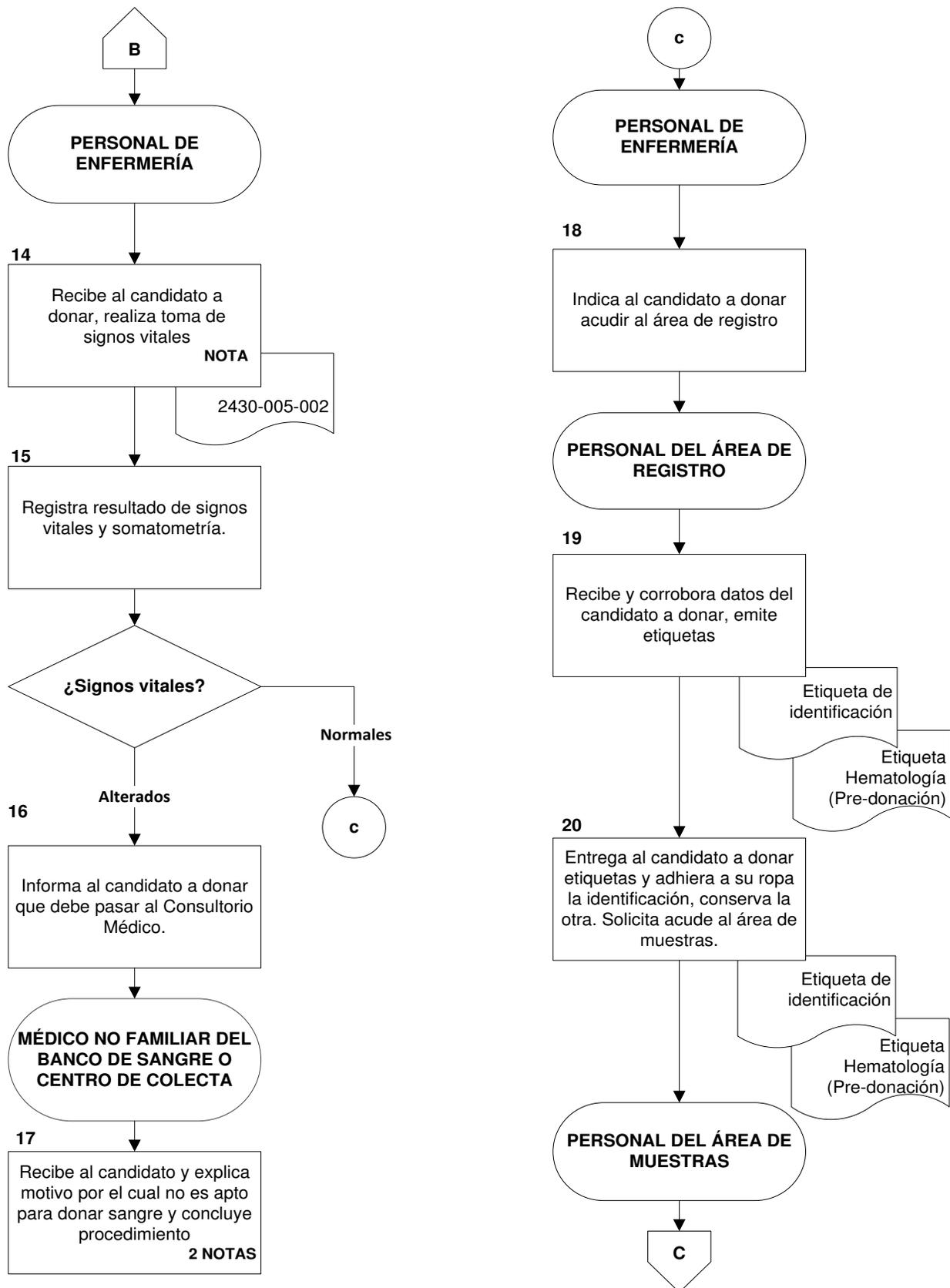
Responsable	Descripción de actividades
Responsable Sanitario o Director del Banco de Sangre	<p>154. Concentra y analiza la información relacionada con la:</p> <ul style="list-style-type: none">• Promoción de donación altruista y voluntaria;• Atención del candidato a donar, y• Proceso de donación. <p>Presenta al Comité de Medicina Transfusional.</p> <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p>

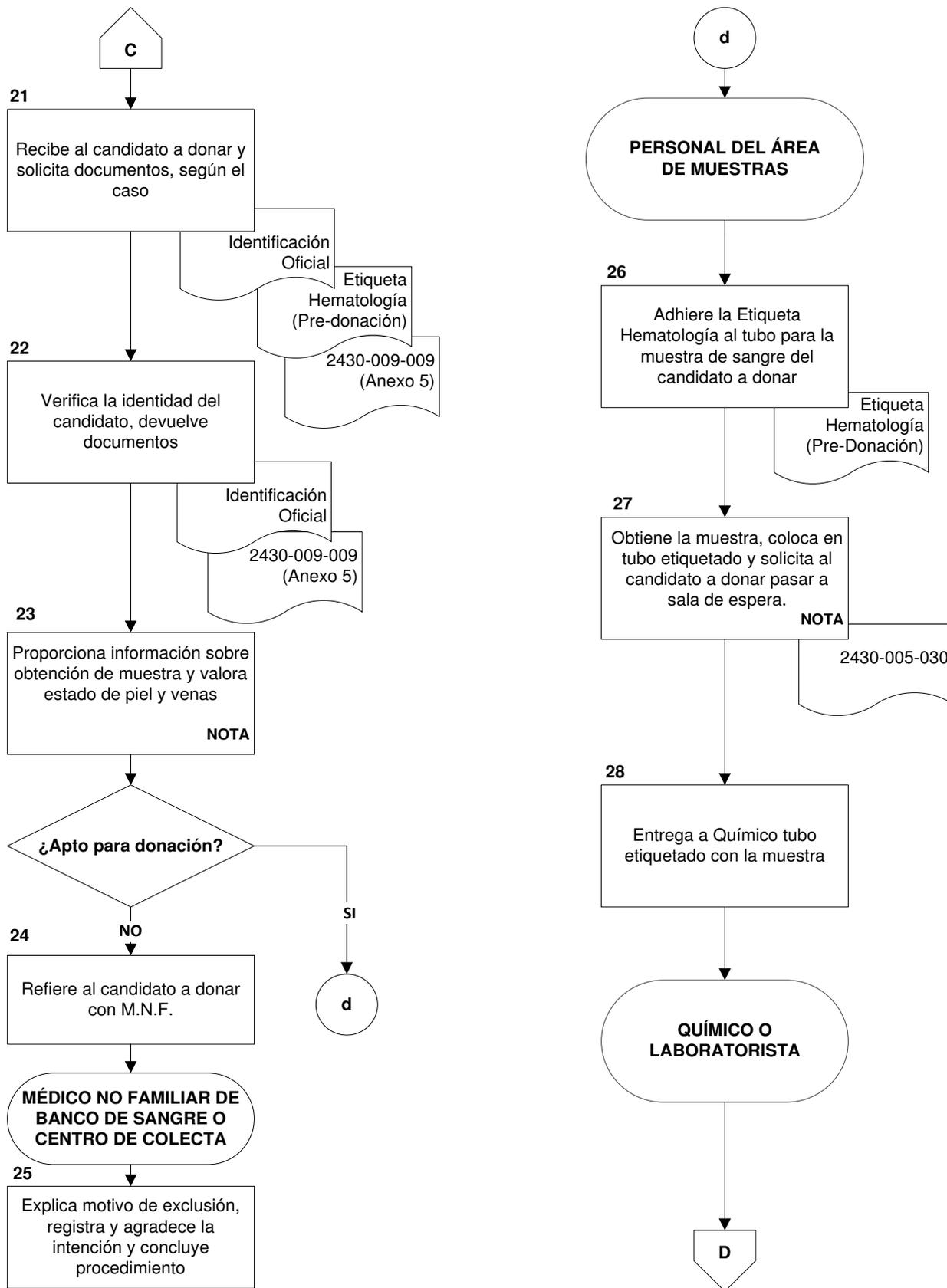


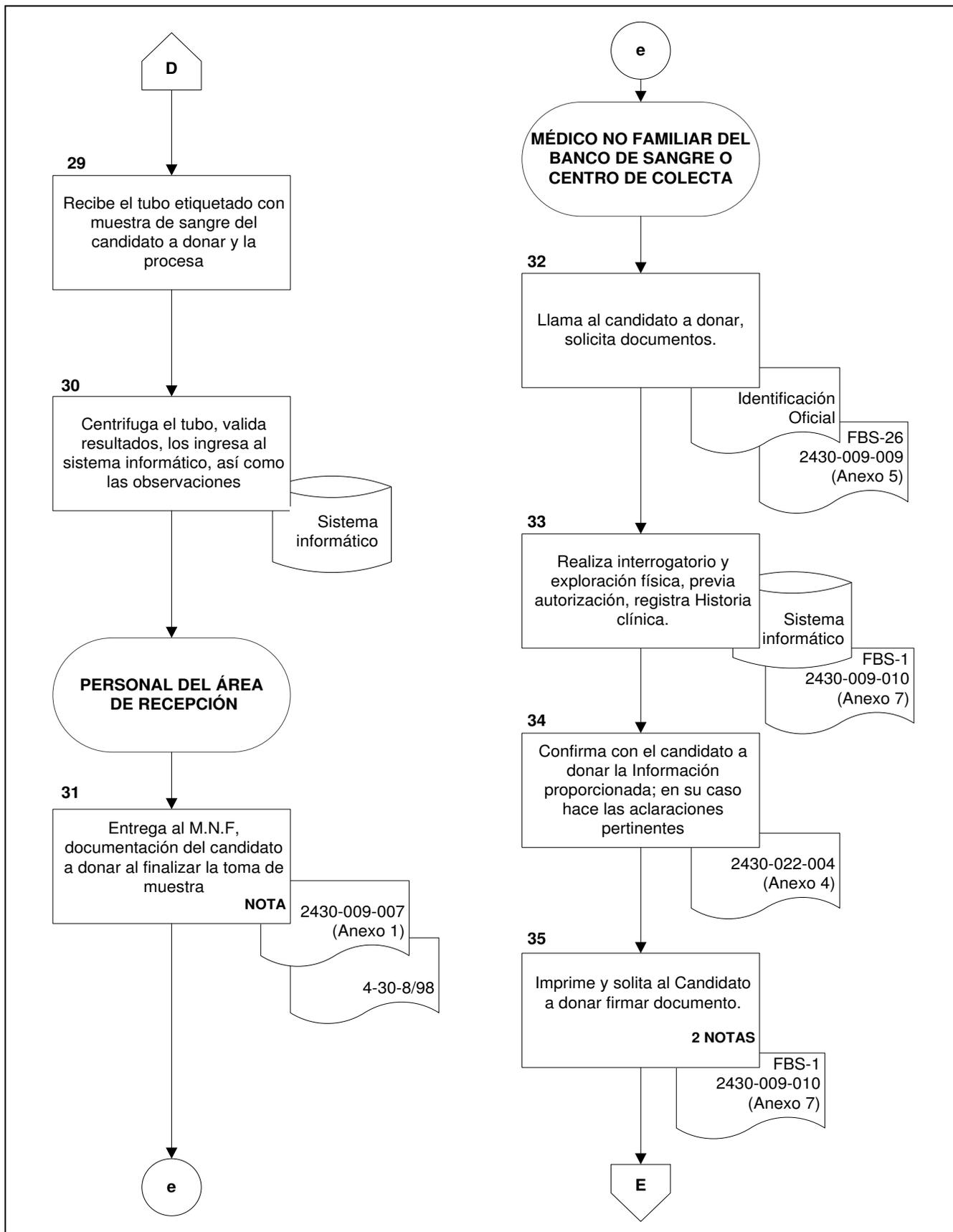
7 Diagrama de flujo

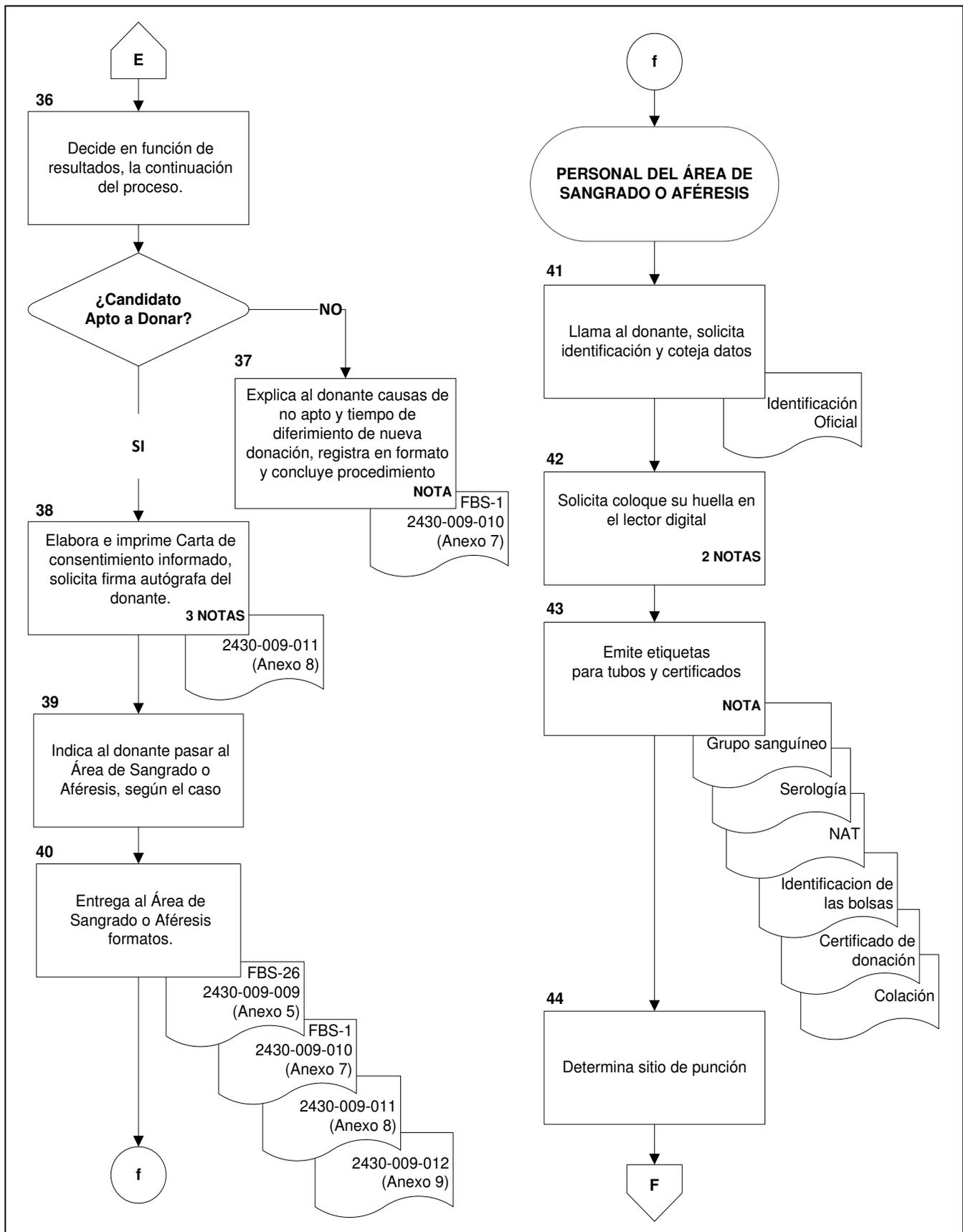


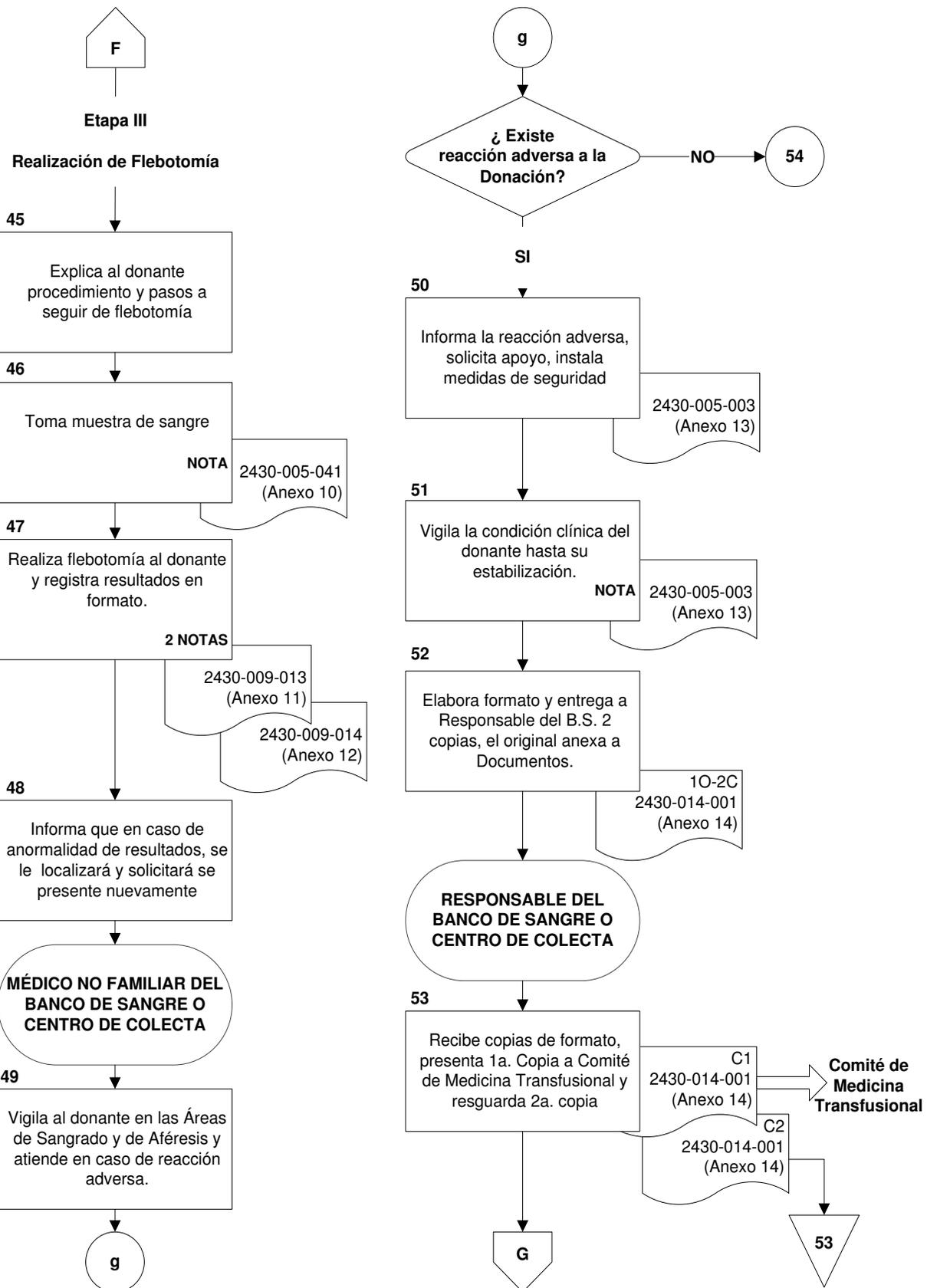


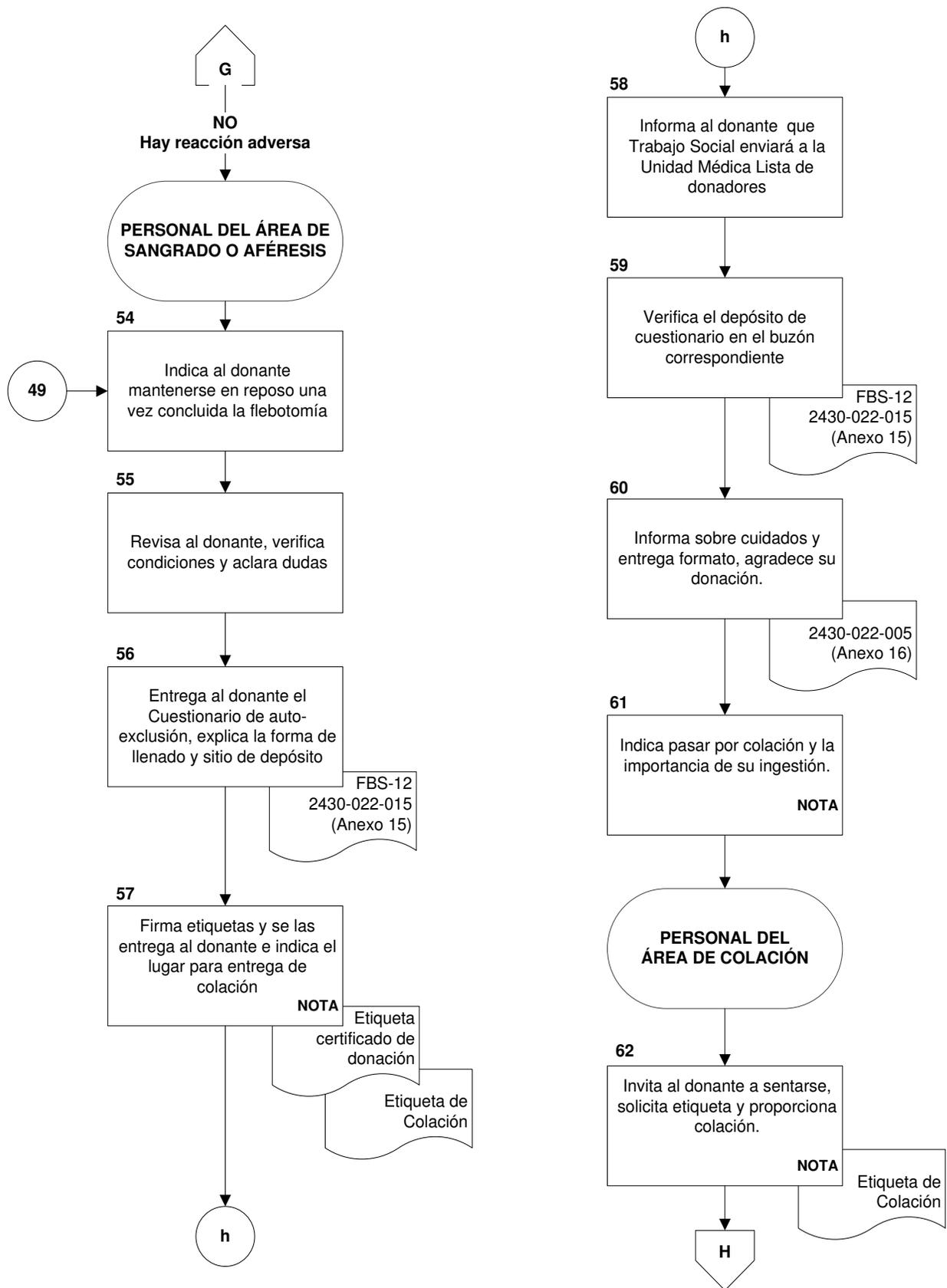


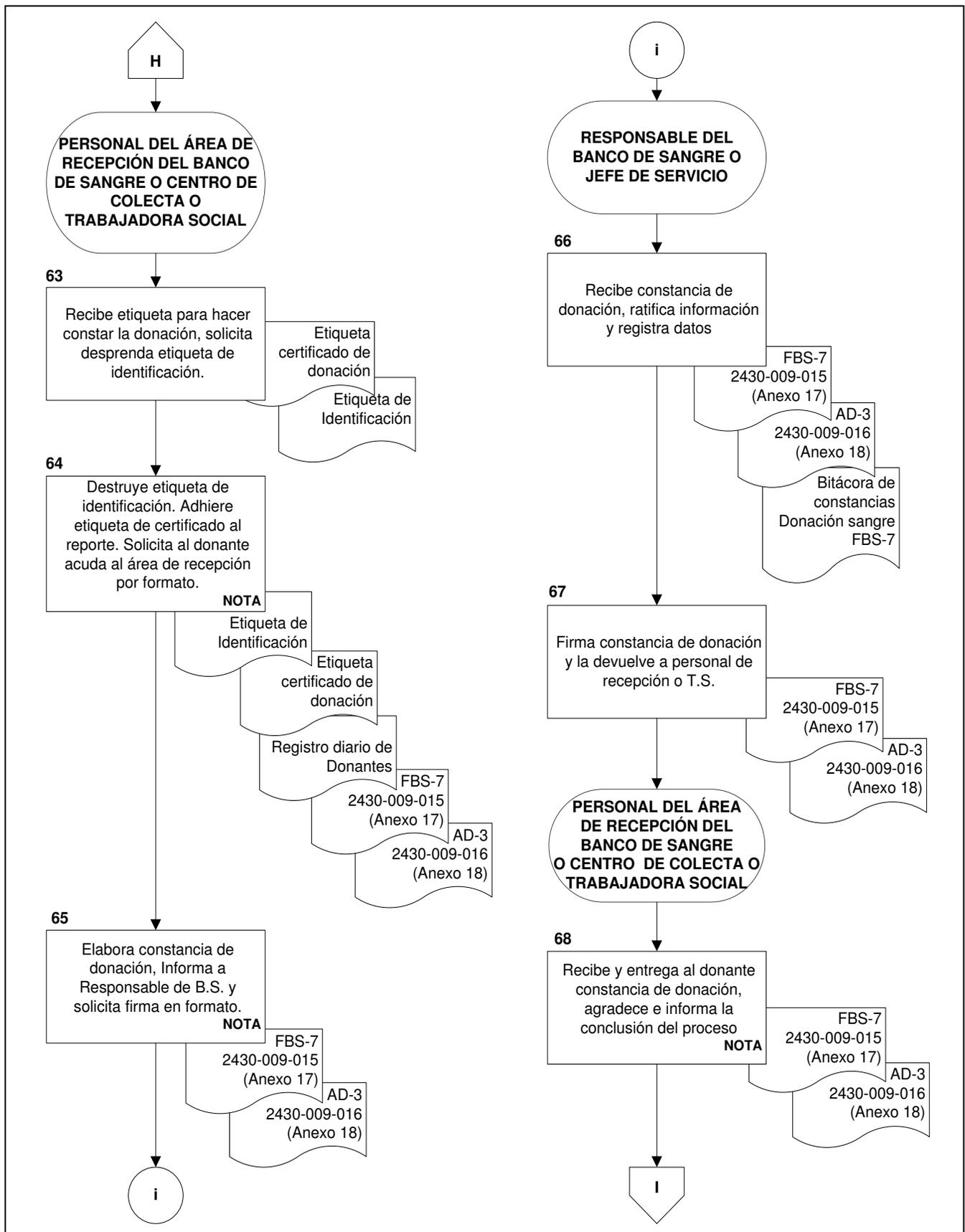


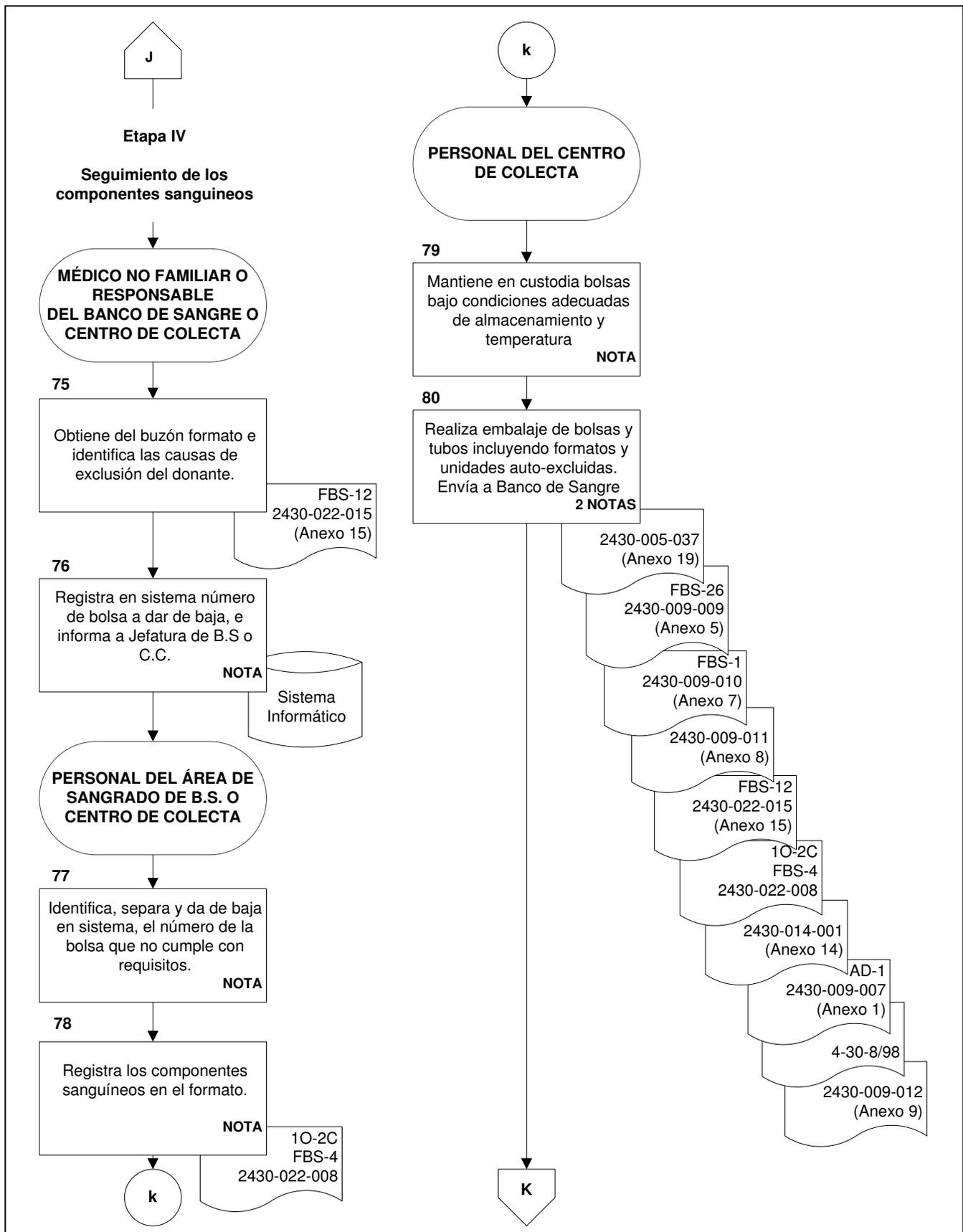


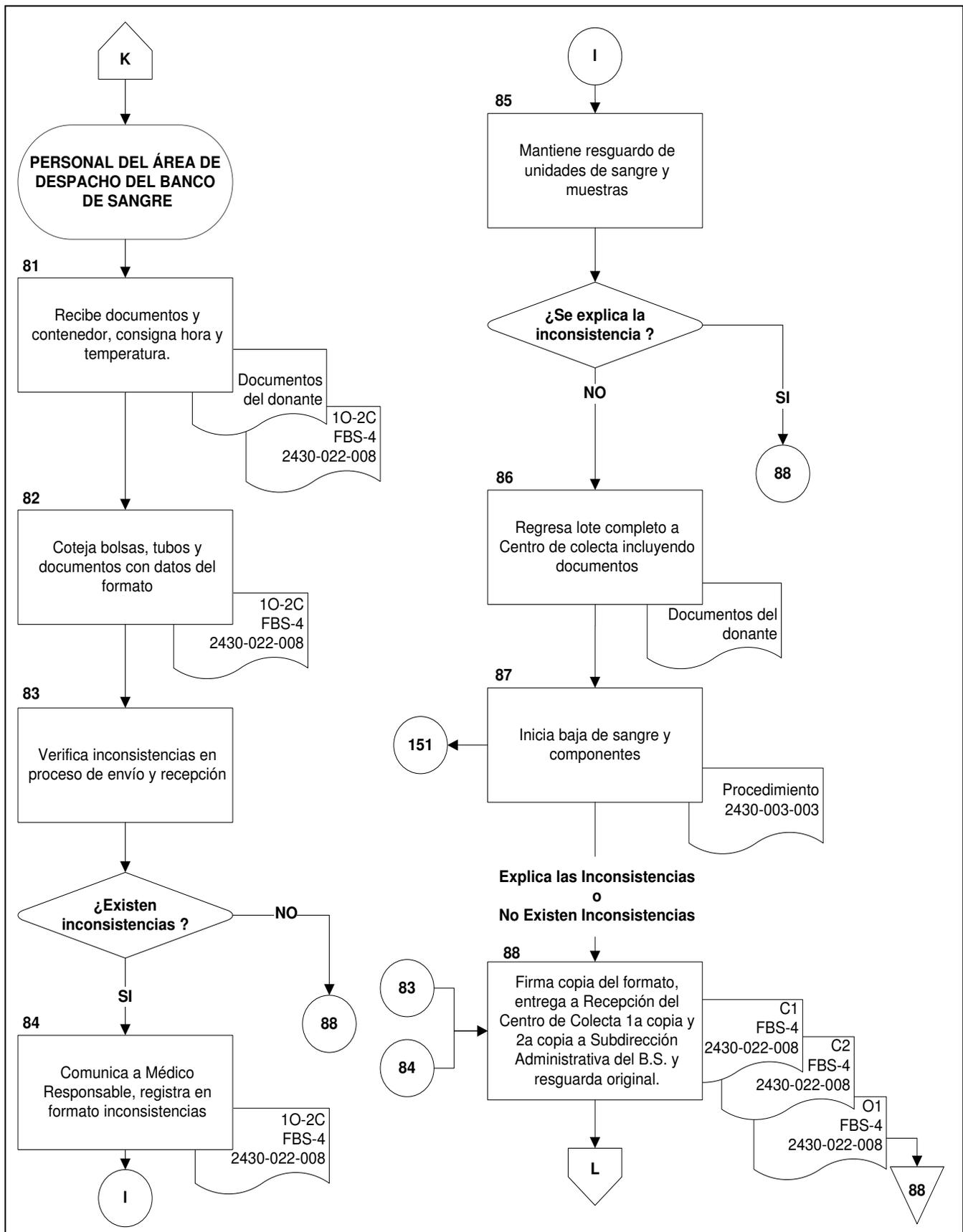


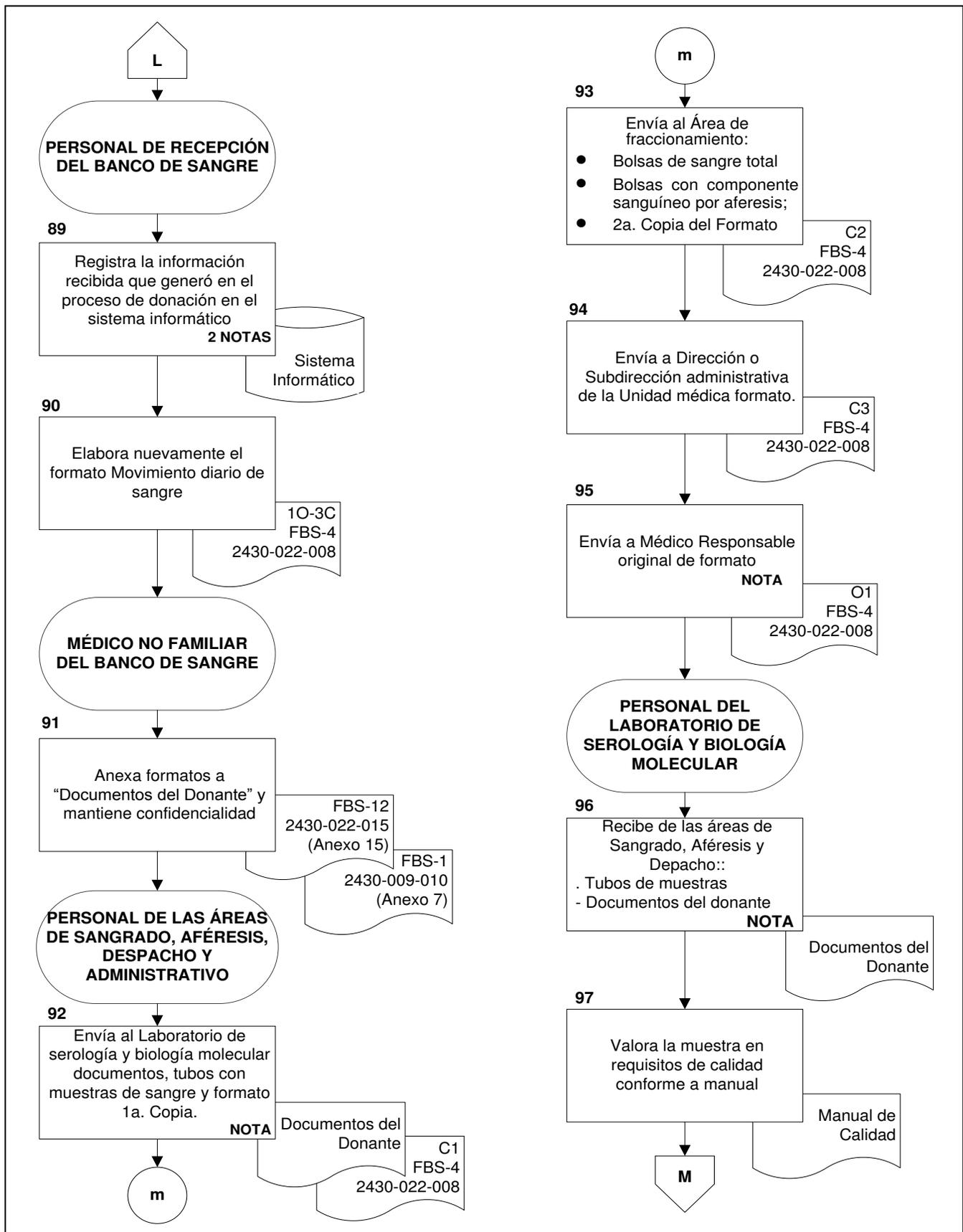


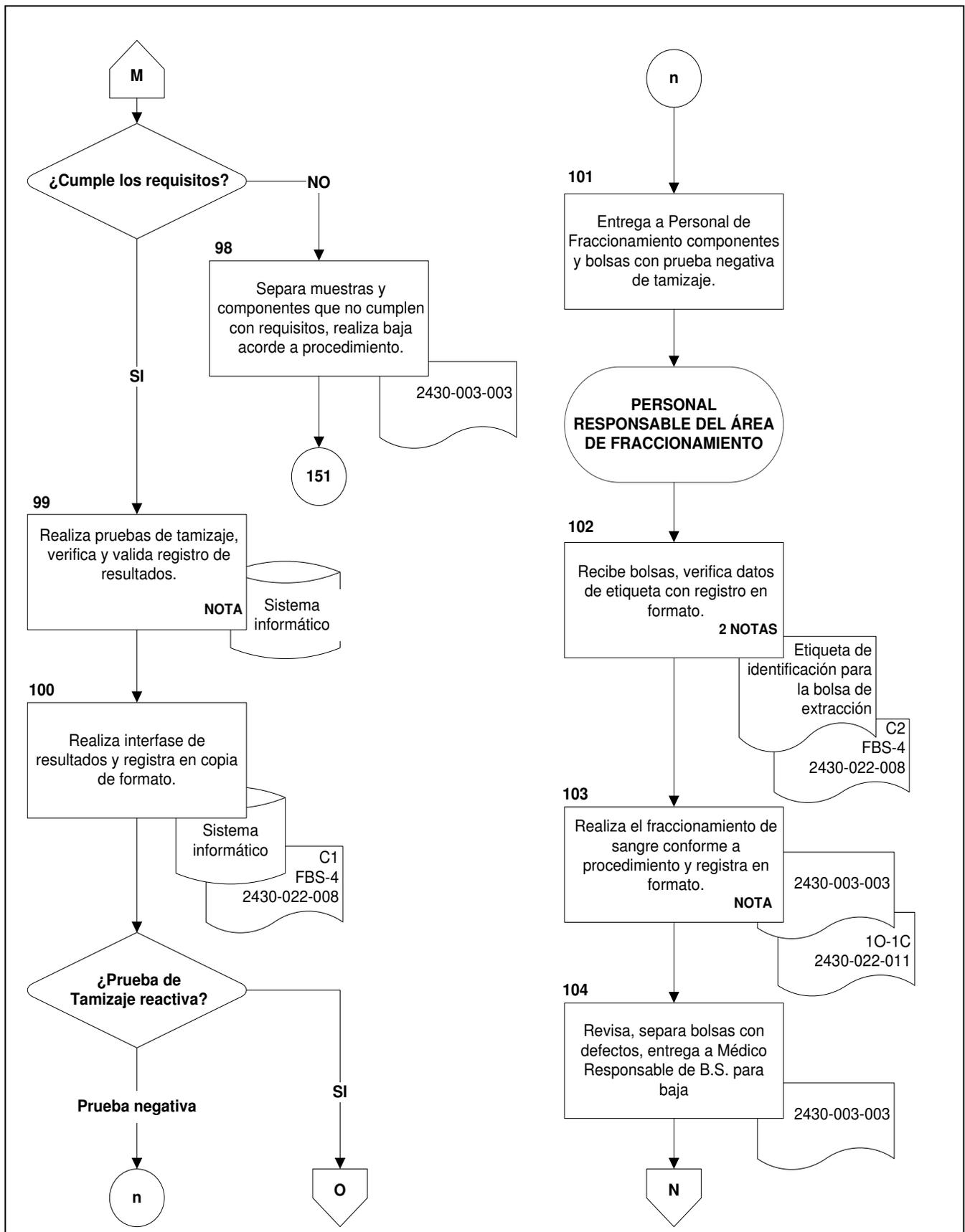


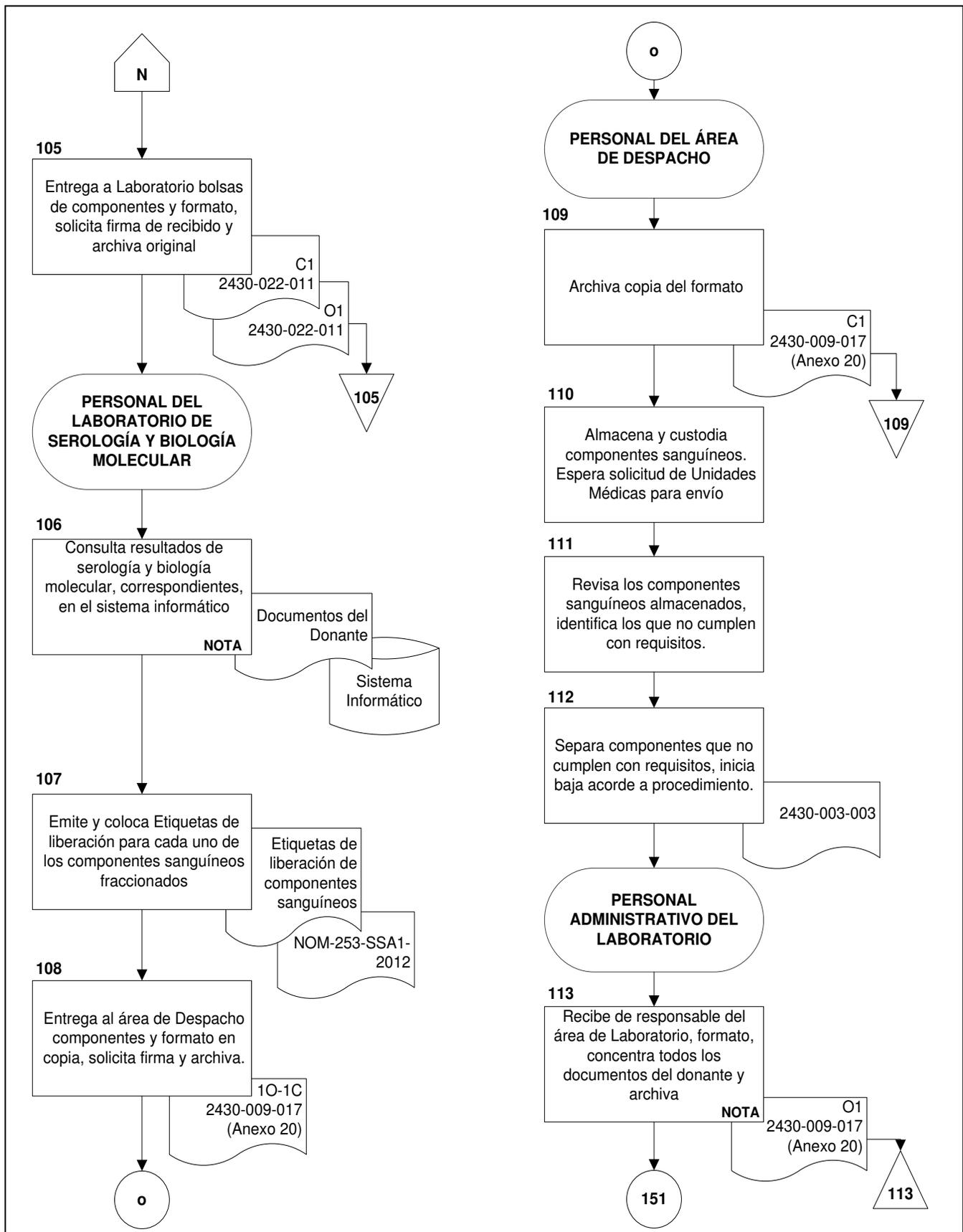


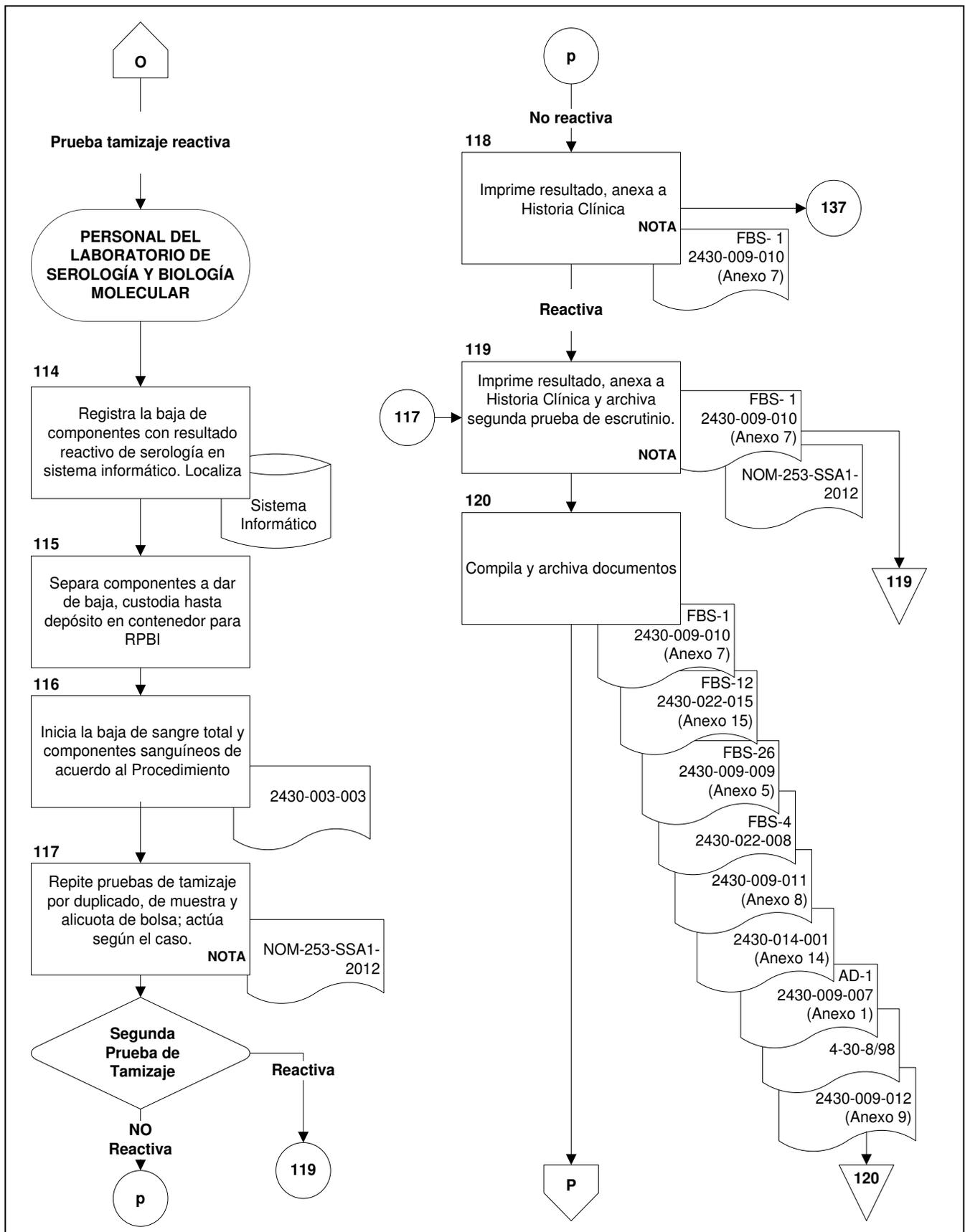


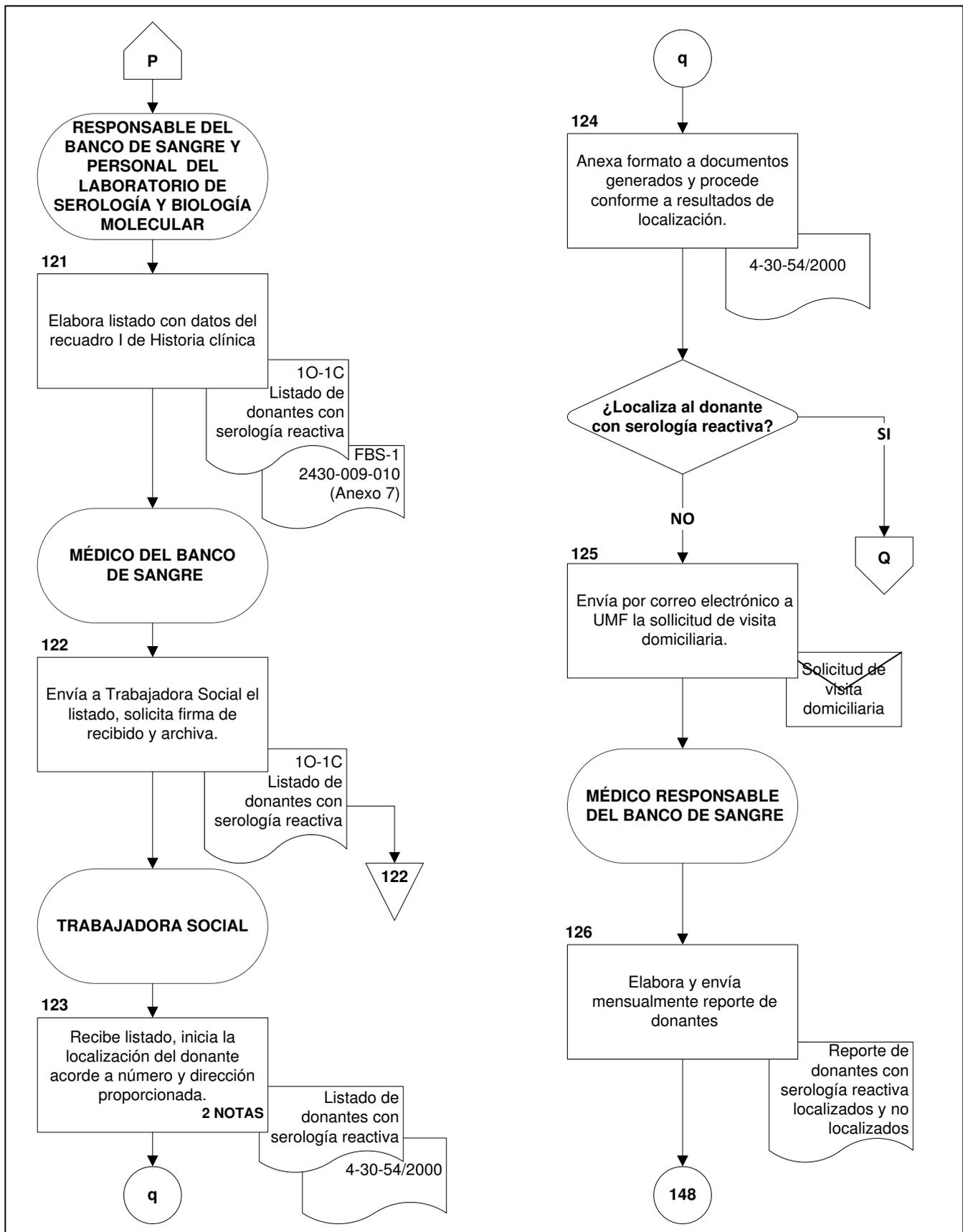


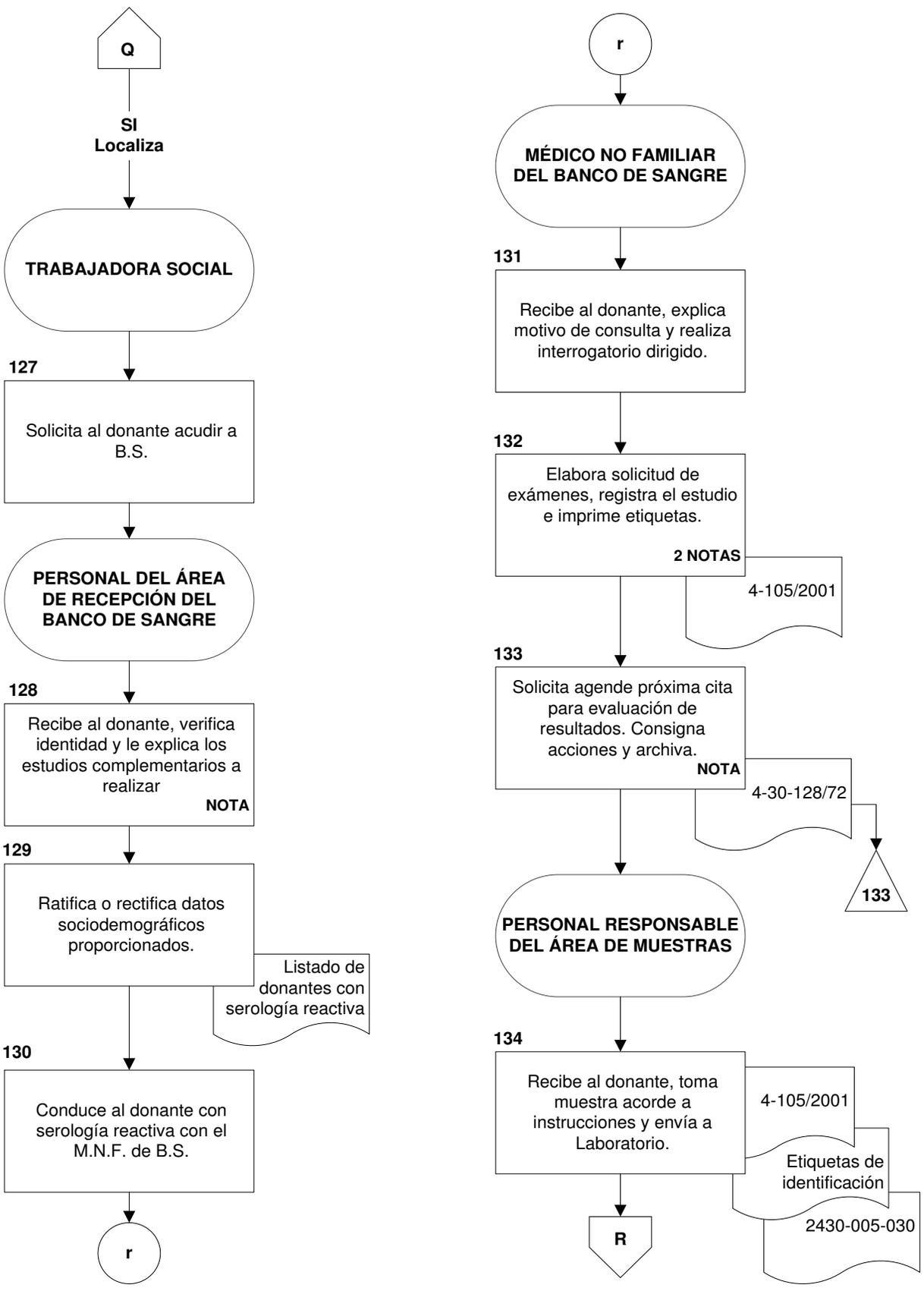


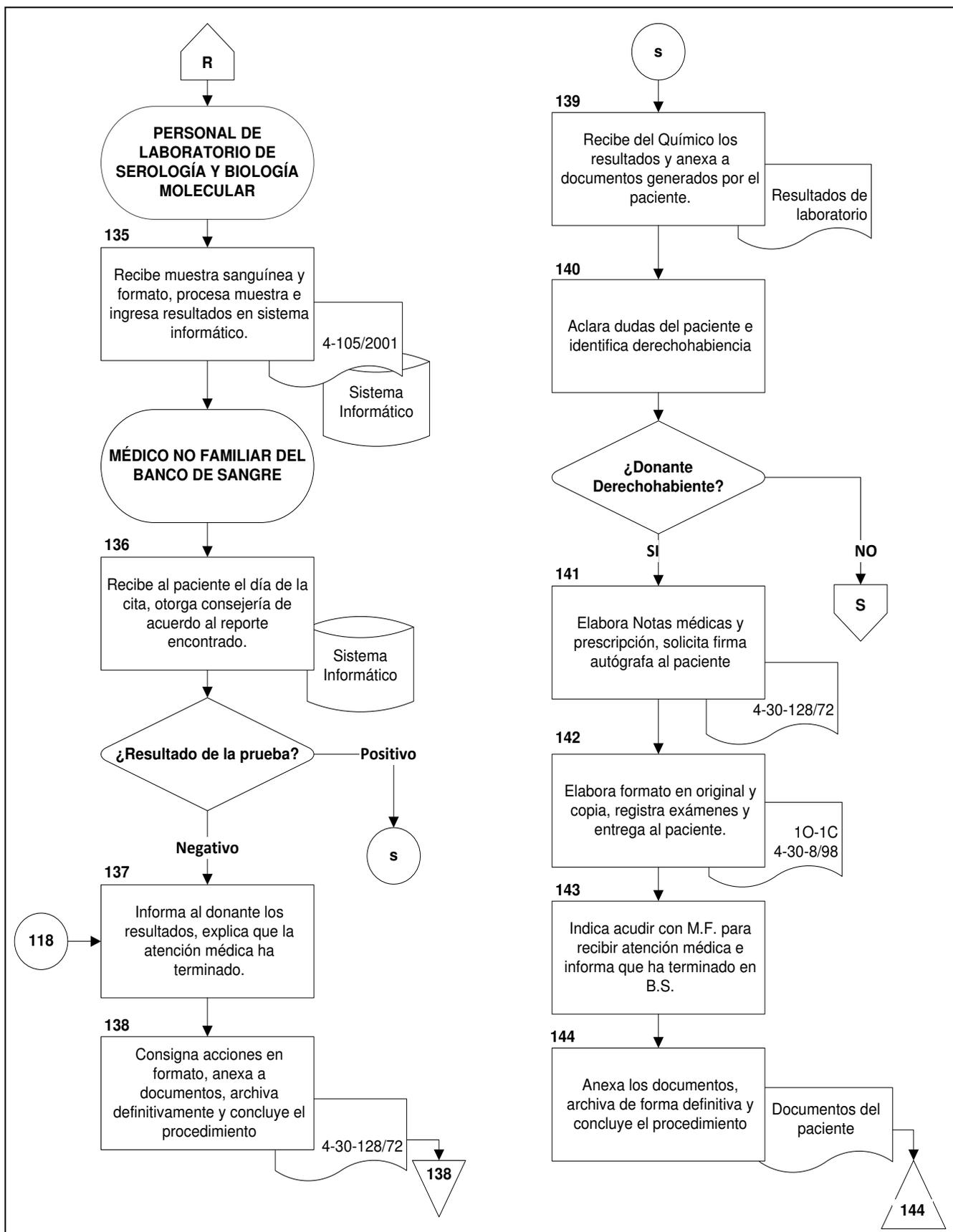


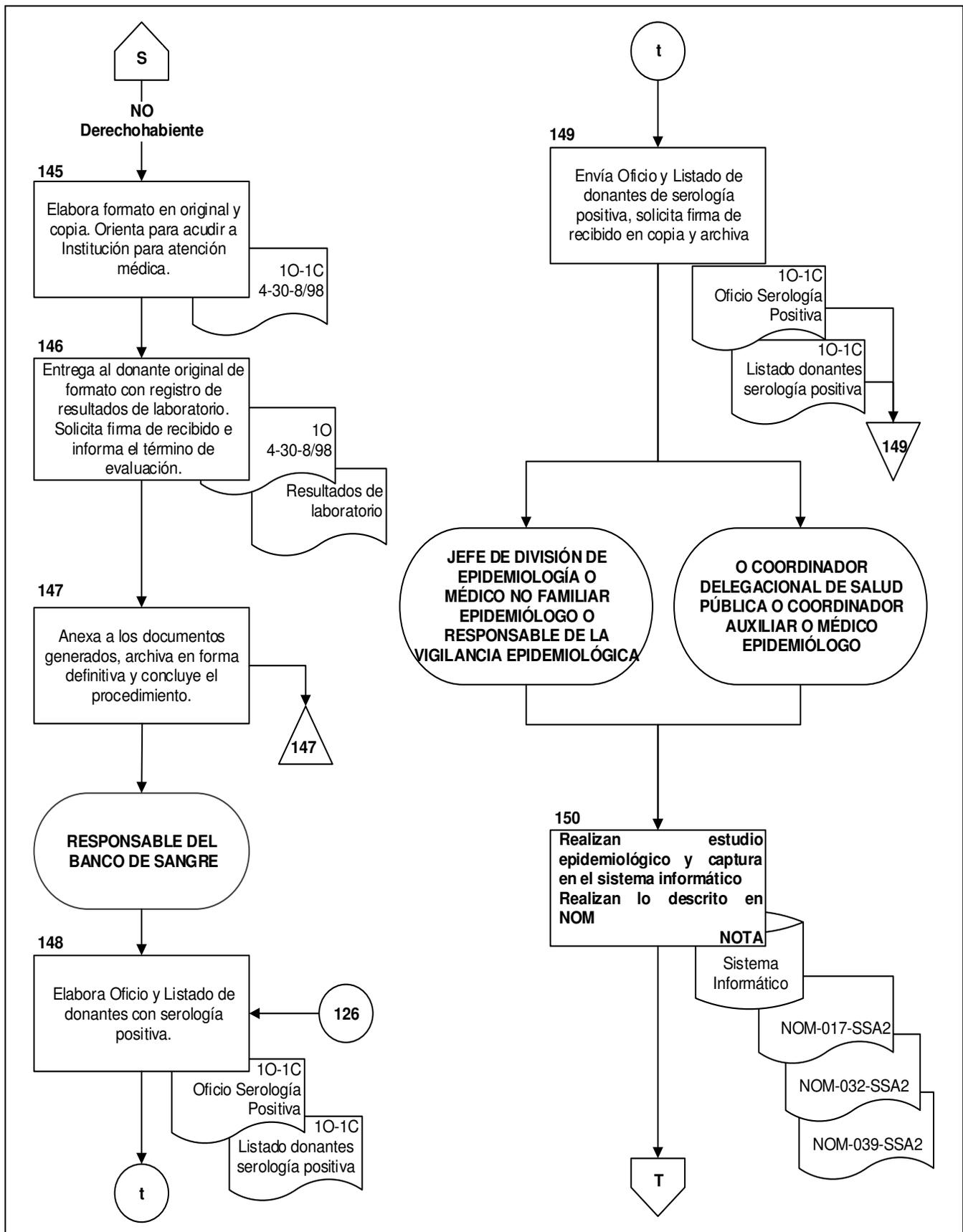


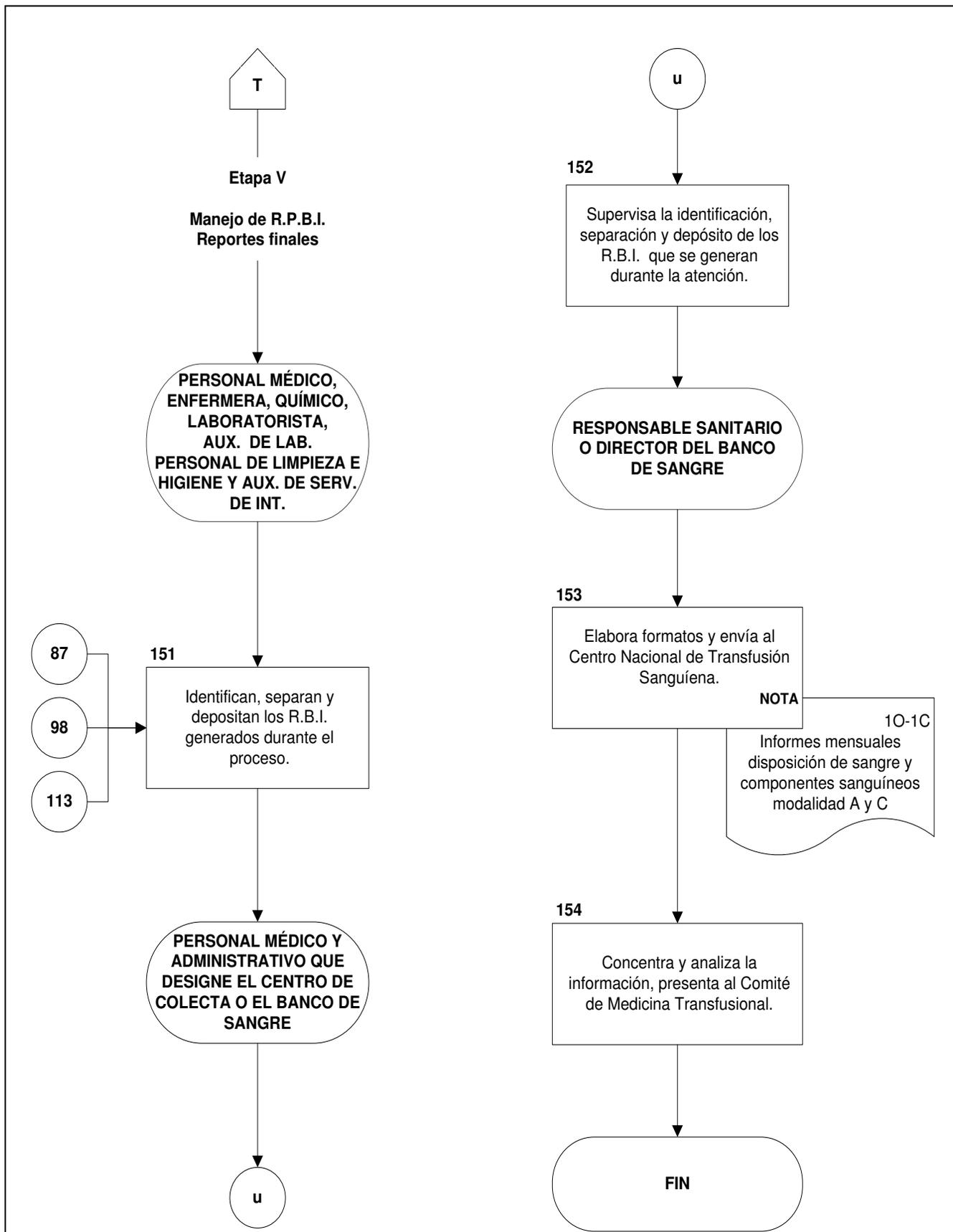














ANEXO 1

**Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1
2430-009-007**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

SOLICITUD AL BANCO DE SANGRE PARA LA DONACIÓN AUTÓLOGA AD-1

“DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA”

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	BANCO DE SANGRE: 2	FECHA: _____ / _____ / _____ DIA MES AAAAA
---	--	---

DATOS DEL PACIENTE 3	
NOMBRE: _____ (Apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	N. S. S. Y AGREGADO _____ / _____ / _____
DOMICILIO: _____ Calle No. Colonia C. P. Alcaldía Estado	
No. TELÉFONO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ DIA MES AAAAA
SERVICIO: _____	DIAGNÓSTICO: _____
PROGRAMADO PARA: _____	FECHA DE LA OPERACIÓN: _____ / _____ / _____ DIA MES AAAAA

BOLSAS REQUERIDAS 4
SANGRE TOTAL:
CONCENTRADO ERITROCITARIO:
PLASMA:
OTROS (especificar):
TOTAL:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE 5			
NOMBRE COMPLETO	MATRÍCULA	FIRMA	TELÉFONO

OBSERVACIONES: 6

2430-009-007



ANEXO 1
“Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.</p>
2	Banco de Sangre	<p>El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Banco de Sangre “A”.</p>
	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se elabora el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 04 / 2018.</p>
3	Datos del paciente	
	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Lugo González Jorge.</p>
	N. S. S. y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-59-1670-1M59OR</p>
	Domicilio	<p>El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Alcaldía o Municipio a la que pertenece, así como código postal.</p> <p>Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Alcaldía Cuauhtémoc CDMX, 06700.</p>

2430-009-007



ANEXO 1
“Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Teléfono	<p>El número telefónico del domicilio o a donde se pueda localizar al paciente. Marcación de 10 dígitos.</p> <p>Ejemplo: 55-56-18-20-45</p>
	Fecha de nacimiento	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento del paciente, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Este dato deberá transcribirse del expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe.</p> <p>Ejemplo: 03 / 11 / 1959.</p>
	Servicio	<p>El nombre del servicio o especialidad que solicita componentes sanguíneos para donante autólogo.</p> <p>Ejemplo: Oncología.</p>
	Diagnóstico	<p>El nombre del motivo principal de la solicitud de la donación autóloga para el paciente, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: Cáncer de mama.</p> <p>NOTA: Motivo principal: La afección diagnosticada al final del proceso de la atención médica, como causa primaria de la necesidad de auto-donación que tiene el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso del recurso.</p>
	Programado para	<p>El nombre del procedimiento quirúrgico a la que será sometido el paciente ya sea como auxiliar diagnóstico y/o con el propósito de tratar su padecimiento.</p> <p>Ejemplo: Mastectomía radical</p>

2430-009-007



ANEXO 1
“Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Fecha de la operación	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se programó la realización del procedimiento quirúrgico en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 24 / 05 / 2018.
4	Bolsas requeridas	
	Sangre total	El número de bolsas de sangre total solicitadas, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 02
	Concentrado eritrocitario	El número de bolsas de paquete globular solicitadas, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 02
	Plasma	El número de bolsas de plasma solicitadas, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 03
	Otros (especificar):	El nombre de otros componentes sanguíneos solicitado que no se encuentre en la lista y el número de bolsas, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: Concentrado plaquetario. 05



ANEXO 1
“Solicitud al Banco de Sangre para la donación autóloga AD-1”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Total	<p>La suma de los componentes sanguíneos solicitados para autodonación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 04</p>
5	Datos del médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula, firma autógrafa y teléfono para contacto del Médico No Familiar tratante del paciente.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Luis Antonio Caballero Leal Matrícula 6971691 Firma 55-55-50-64-22 Ext. 28085</p>
6	Observaciones	<p>La información que considere el médico tratante de relevancia para el Banco de Sangre y que no se encuentre consignada en los datos solicitados.</p>



ANEXO 2

**Volante de envío del donador de sangre FBS-11
2430-009-008**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

VOLANTE DE ENVÍO DEL DONADOR DE SANGRE FBS-11

“DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA”

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____ DD MM AAAA
--------------------------------------	--

2 PARA ASISTIR AL BANCO DE SANGRE

NOMBRE: _____	HORARIO DE ATENCIÓN De _____ a las _____
DOMICILIO Calle No. Colonia C.P. Alcaldía	

3 DATOS DEL PACIENTE

Apellido paterno Apellido Materno y Nombre (s)	No. DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO ____/____/____
--	--

FECHA DE INTERNAMIENTO ____/____/____ DD MM AAAA	FECHA DE CIRUGÍA ____/____/____ DD MM AAAA	SERVICIO: _____	TELEFONO: _____
--	--	--------------------	--------------------

SE COMUNICA A LOS DERECHOHABIENTES QUE CON BASE AL ARTÍCULO N° 332 Y 462 DE LA LEY GENERAL DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN CON FECHA 07 DE JUNIO DE 2012, SE PROHIBE LA COMERCIALIZACIÓN DE LA SANGRE. INFRINGIR ESTE ARTÍCULO IMPLICA SANCIONES.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA DONAR SANGRE:

- 1 Acudir con una identificación oficial con fotografía original y vigente (INE, pasaporte, cédula profesional, credencial ADIMSS, cartilla nacional de salud vigente, licencia de manejo, para extranjeros: Pasaporte, carnet de identificación del ciudadano extranjero o forma migratoria FM2 o FM3 vigente
- 2 Edad de 18 a 65 años.
- 3 Peso mayor de 50 kilos.
- 4 Ayuno mínimo de 4 horas (evite consumir alimentos con grasa 24 horas antes de la donación). Durante las 4 horas de ayuno sólo puede ingerir: jugos, frutas (excepto plátano, mamey y aguacate), té, café solo y mantenerse hidratado.
- 5 No exceder de 8 horas de ayuno.
- 6 No haber estado enfermo de gripe, tos, diarrea o infección dental en los últimos 14 días.
- 7 No haber tomado medicamentos en los últimos 5 días (por ej. aspirina, paracetamol, ibuprofeno, antibióticos, etc. Cualquier duda favor de preguntar)
- 8 No haber estado en tratamiento de endodoncia, acupuntura o haberse practicado tatuajes o perforaciones en los últimos doce meses.
- 9 No haber sido operado en los últimos 6 meses.
- 10 No haberse vacunado en los últimos 30 días.
- 11 No haber ingerido bebidas alcohólicas en 72 horas previas a la donación.
- 12 Si usted tiene la presión arterial alta y está controlado, podría ser candidato a donar.

Para su comodidad, se recomienda presentarse aseado, con ropa cómoda y manga corta. Es necesario disponer de 2 horas, tiempo aproximado de duración del proceso de donación. No se permite el paso a menores de edad ni acompañantes. Si usted ha donado sangre, el personal de Banco de Sangre notificará por correo electrónico a la Jefatura de Trabajo Social del Hospital sobre su donación a favor de su paciente. Ante cualquier duda, favor de presentarse con el personal de salud del Banco de Sangre.

4 DATOS DE LA TRABAJADORA SOCIAL

_____ NOMBRE COMPLETO	_____ MATRÍCULA	_____ FIRMA	_____ No. TELÉFONO
--------------------------	--------------------	----------------	-----------------------

5 OBSERVACIONES



ANEXO 2
“Volante de envío del donador de sangre FBS-11”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de Unidad Médica Hospitalaria que envía al donador a Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital General de Zona 1A “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”.
	Fecha de solicitud	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se elabora el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 02 / 2018.
2	Para asistir al Banco de Sangre Nombre	El nombre del Banco de Sangre en donde será atendido el donador. Ejemplo: Banco de Sangre del Hospital de Especialidades CMN “Siglo XXI”.
	Domicilio	El domicilio donde se encuentra ubicado el Banco de Sangre. Ejemplo: Av. Cuauhtémoc No. 330 Edificio Santiago Galas, Col. Doctores CP 06720 Alc. Cuauhtémoc D.F.
	Horario de atención	El horario de atención del Banco de Sangre. Ejemplo: 7:00 a 15:00.
3	Datos del paciente Nombre del paciente	El nombre completo del paciente al que se le solicitan donadores de sangre, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente. Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.

2430-009-008



ANEXO 2
“Volante de envío del donador de sangre FBS-11”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Número de Seguridad Social Agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Este deberá de transcribirse del Expediente clínico u otro documento con el que se recibe al paciente. Ejemplo: 1210 89 1670 2M1989OR
	Fecha de Internamiento	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se internará el paciente a los servicios de hospitalización; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 02 / 03 / 2018.
	Fecha de Cirugía	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se intervendrá quirúrgicamente al paciente; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 03 / 03 / 2018.
	Servicio	El nombre del servicio donde estará o está hospitalizado el paciente. Ejemplo: Cirugía General 3º. Oriente
	Teléfono	El número del teléfono fijo y/o móvil (celular) del paciente para establecer comunicación. Ejemplo: 55 55 65 32 43
4	Datos de la Trabajadora Social Nombre completo Matrícula Firma No. teléfono	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula, firma autógrafa y teléfono de contacto de la Trabajadora Social que elabora el formato. Ejemplo: María de los Ángeles Novelo Robles 6979698 2430-009-008



ANEXO 2
“Volante de envío del donador de sangre FBS-11”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Firma

55-55-50-64-22 Ext. 28324

5 Observaciones

Cualquier información de relevancia para el Banco de Sangre de envío y que no se encuentre consignada en los apartados previos.

2430-009-008



ANEXO 3

**Proceso para la donación de sangre FBS-27
2430-022-003**



"PROCESO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE FBS-27



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



1

REGISTRO DE DONADORES

El personal del Banco de Sangre registrará sus datos. Es importante mostrar su identificación oficial vigente y el "Cuestionario de pre-registro" que se le proporcionó previamente.



2

SIGNOS VITALES

El personal de salud le tomará la presión arterial, temperatura, peso y estatura.



3

TOMA DE MUESTRA

El personal de laboratorio le tomará una muestra de 5 mililitros de sangre para su valoración. El material es nuevo, estéril y desechable.



4

EXÁMEN MÉDICO

El médico hará una serie de preguntas con el objeto de lograr la seguridad de su donación y la de los pacientes que reciben la sangre. Por lo que es importante responder honestamente el interrogatorio.

Además, se le practicará un examen físico y con los resultados de laboratorio y signos vitales, el médico determinará si es apto para donar.



5

SALA DE SANGRADO

El personal del Banco de Sangre le proporcionará un cuestionario, el cual deberá llenar en privado y colocarlo posteriormente en el buzón indicado una vez contestado.



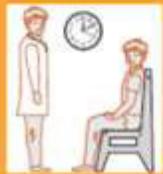
“PROCESO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE FBS-27



6

SALA DE SANGRADO

En esta área se procederá a llevar a cabo la extracción de 400 a 500 mililitros de sangre, lo que equivale al 10% de la sangre que posee, misma que en un periodo de tiempo se restablecerá. Todo el material es nuevo, estéril y desechable.



7

RECUPERACIÓN

Después de terminar el sangrado, deberá descansar 10 minutos; si tiene cualquier problema informe al personal para su atención inmediata.



8

COLACIÓN

Después de descansar, pasará a tomar una colación y líquidos, no se retire del área hasta terminarlos.

Las siguientes recomendaciones son para su **BENEFICIO Y SEGURIDAD**, léalas cuidadosamente:

- Tome líquidos en abundancia (agua, té, jugos, etc.).
- No realice esfuerzos físicos en lo que resta del día.
- No fume por lo menos en 4 horas.
- Si presenta mareo debe sentarse inmediatamente.
- En caso de persistir las molestias, regrese al Banco de Sangre.



9

CERTIFICACIÓN DE DONACIÓN DE SANGRE

Una vez que haya tomado su refrigerio, pasará a la oficina de Trabajo Social, donde certificarán su donación y verificarán que sus datos y los de su paciente sean correctos.

El Banco de Sangre informará al hospital que su donación ha sido efectuada a favor de su paciente.

El personal de Banco de Sangre, si lo considera necesario, se pondrá en contacto de acuerdo los datos proporcionados, para solicitar que acuda nuevamente para realizar exámenes de laboratorio complementarios.





ANEXO 4

Información previa para el donante
2430-022-004



"INFORMACIÓN PREVIA PARA EL DONANTE"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER ANTES DE DONAR SANGRE

El Banco de Sangre tiene la responsabilidad de que su donación sea completamente segura, así también con los enfermos que recibirán la sangre.

Hay infecciones como hepatitis, VIH, sífilis y otras más, que pueden transmitirse a través de una transfusión, por este motivo a todos los donadores de sangre se les practican exámenes de laboratorio para detectar la presencia de estas infecciones de sangre. Se puede estar infectado sin saberlo.

Los exámenes de laboratorio deben completarse con un examen médico, las pruebas de laboratorio son hechas con equipos de alta tecnología, pero cuando la infección es reciente, no es posible detectarla a menos que se responda con HONESTIDAD a las preguntas que le hará el médico.

La información que proporcione se maneja con absoluta confidencialidad.

Se realiza un cuestionario para identificar factores de riesgo de exposición a agentes infecciosos. Revise a continuación la lista de estas situaciones de alto riesgo y analice si ha estado expuesto a alguna de ellas. Recuerde que su participación es importante para obtener SANGRE SEGURA, UN REGALO DE VIDA.

Las situaciones de riesgo por las cuales NO DEBE donar sangre son:



Haber tenido prácticas sexuales de riesgo para donación.

Toda actividad en la que existe el riesgo de compartir secreciones potencialmente infectadas (contacto pene-vagina, pene-ano, pene-boca, compartir juguetes sexuales) practicada con más de una pareja sexual estable en los últimos doce meses.



Haber tenido relaciones sexuales (en los últimos doce meses) con personas que se dediquen al trabajo sexual.

2

2430-022-004



"INFORMACIÓN PREVIA PARA EL DONANTE"

3

Haber tenido relaciones sexuales con personas que estén infectadas con el VIH, hepatitis o sífilis en los últimos 12 meses, aún con uso de condón.



Si su pareja sexual tiene relaciones con otra(s) persona(s) (hombre o mujer)

4

5



Si se ha inyectado o ha inhalado drogas como cocaína, heroína u otras.

Si acostumbra inyectarse medicamentos con jeringas usadas previamente.



6

7



Si ha tenido hepatitis después de los 15 años de edad o ha convivido con enfermos de hepatitis en los últimos doce meses.

Si ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, condiloma, chancro blando, etc.)

8

9



Si ha recibido transfusiones en los últimos doce meses.

Si ha tenido en los últimos doce meses pérdida de peso sin causa aparente .

10

11



Si ha tenido diarrea prolongada, fiebre sin causa que lo explique o si ha notado crecimiento de "bolitas" (ganglios inflamados) en alguna parte de su cuerpo.

Cualquier duda sobre esta información puede ser consultada con el médico que le atenderá durante el examen.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



2430-022-004

2430-022-004



ANEXO 5

Cuestionario de pre-registro FBS-26
2430-009-009



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CUESTIONARIO DE PRE-REGISTRO FBS-26

“DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA”

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	BANCO DE SANGRE:	FECHA: ____ / ____ / ____ Día Mes Año
--------------------------------------	------------------	--

2 DATOS DEL DONADOR

NOMBRE: _____ <small>Apellido paterno, materno y (Nombre(s))</small>		FECHA DE NAC. ____ / ____ / ____ Día Mes Año
DOMICILIO: _____ <small>Calle y No. Colonia Alcaldía C.P.</small>		Tel. particular:
Tel. de su oficina o trabajo:		Tel. celular
Puesto de trabajo:		Correo electrónico:
¿A qué servicio médico tiene derecho? _____		Unidad Medicina Familiar: (para derechohabientes IMSS) _____

DATOS DEL PACIENTE 3

NOMBRE: _____ <small>Apellido paterno, materno y (Nombre(s))</small>		Tel. particular y/o celular: _____
Número de Seguridad Social: _____	Unidad Médica Hospitalaria: _____	Servicio: _____

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!
A CONTINUACIÓN, ENTREGUE ESTE DOCUMENTO AL PERSONAL DEL ÁREA DE RECEPCIÓN**

4 PERSONAL RESPONSABLE DE REVISAR CUESTIONARIO

Nombre completo _____	Matrícula _____	Firma _____
--------------------------	--------------------	----------------

5 SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA DEL DONANTE

Peso: _____ Kg	Estatura: _____ cm	Huellas de veno-punción: SI (____) NO (____) Múltiples (____) Recientes (____)
Temperatura _____ °C.	Frecuencia cardíaca _____ / min.	Tensión Arterial ____ / ____ mmHg

¿PUEDE EL DONANTE CONTINUAR CON EL PROCESO DE DONACIÓN? **6** **SI** **NO**

7 PERSONAL RESPONSABLE DE TOMA DE SIGNOS VITALES Y EVALUACIÓN

Nombre completo _____	Matrícula _____	Firma _____
--------------------------	--------------------	----------------

OBSERVACIONES **8**

2430-009-009



CUESTIONARIO DE PRE-REGISTRO FBS-26

ESTIMADO DONADOR(A): CON EL FIN DE AGILIZAR SU DONACIÓN, GARANTIZAR SU SEGURIDAD Y LA DE SU PACIENTE, RESPONDA EL SIGUIENTE CUESTIONARIO. **ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.** Marque con una "X" su respuesta.

No.	PREGUNTA	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿EN ESTE MOMENTO TRAE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA?	SI	NO
2	¿TIENE 4 HORAS SIN TOMAR ALIMENTOS?	SI	NO
3	¿CUANTOS AÑOS TIENE? _____		
4	¿PESA MÁS DE 50 KILOS?	SI	NO
5	¿HA TENIDO HEPATITIS? De ser afirmativo: ¿a qué edad? _____	SI	NO
6	¿EN ESTE MOMENTO TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD?	SI	NO
7	¿TIENE TATUAJES? (incluye aquellos denominados cosméticos) De ser afirmativo: ¿Cuándo fue el último? _____	SI	NO
8	¿SU DENTISTA LE HA HECHO ENDODONCIA? De ser afirmativo: ¿Cuándo fue la última? _____	SI	NO
9	¿LE HAN HECHO PERFORACIONES PARA ARETES EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO O ACUPUNTURA? De ser afirmativo: ¿Cuándo fue la última? _____	SI	NO
10	¿LO HAN OPERADO? De ser afirmativo: ¿HACE CUÁNTO TIEMPO? _____	SI	NO
11	EN LOS ÚLTIMOS <u>14 DÍAS</u> , HA TENIDO: a. ¿Gripa, catarro, tos seca, tos con flemas o fiebre? b. ¿Diarrea? c. ¿Infecciones dentales? De ser afirmativo: MENCIONE CUÁL: _____	SI	NO
12	EN LOS ÚLTIMOS <u>5 DÍAS</u> , ¿HA TOMADO MEDICAMENTOS? a. Aspirina b. Naproxeno c. Diclofenaco d. Ketorolaco e. Meloxicam f. Ibuprofeno g. Antibióticos	SI	NO
13	EN CASO DE SER MUJER: ¿TIENE HIJOS MENORES DE SEIS MESES?	SI	NO

2430-009-009



ANEXO 5
“Cuestionario de pre-registro FBS-26”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Centro de Colecta.
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 09 / 2018.
2	Datos del donador	
	Nombre	El nombre completo del donante al que se le va a otorgar la atención, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s); el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta el donante. Ejemplo: Oros Gómez Daniel.
	Fecha de nacimiento	El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento del donador, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 03 / 09 / 1988.
	Domicilio	El nombre de la calle, número de la casa habitación, el nombre de la colonia y alcaldía, así como el código postal del domicilio del donador Ejemplo: Avenida Coyoacán 1032-402 Col. del Valle Alcaldía Benito Juárez C. P. 04800

2430-009-009



ANEXO 5
“Cuestionario de pre-registro FBS-26”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Tel. particular	El número del teléfono fijo de la casa habitación del domicilio del donador. Ejemplo: 55-57-26-70-90
	Tel. de su oficina o trabajo	El número del teléfono fijo de la oficina o centro de trabajo del donador donde se le pueda localizar, así como su extensión. Ejemplo: 55-57- 26- 70- 90 Extensión 12400
	Tel. celular	El número del teléfono celular o móvil del donador. Ejemplo: 55-10-55-26-00
	Puesto de trabajo	El nombre del puesto que desempeña en su centro de trabajo del donador. Ejemplo: Oficinista
	Correo electrónico	El correo electrónico del donante. Ejemplo: micorreo@hzn.com
	¿A qué servicio médico tiene derecho?	La institución o aseguradora que brinda servicios médicos al donante, en caso de que cuente con ella. Ejemplo: IMSS.
	Unidad de Medicina Familiar (para derechohabientes IMSS):	La Unidad de Medicina Familiar de adscripción del donante, en caso de ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ejemplo: UMF 28
3	Datos del paciente*	*No será necesario elaborar esta sección en caso de que el donante no tenga certeza de los datos solicitados.
	Nombre	El nombre completo del paciente para el cual se está donando sangre, iniciando por el apellido paterno, materno y el(os) nombre(s). Ejemplo: Enríquez Durán Alejandro.

2430-009-009



ANEXO 5
“Cuestionario de pre-registro FBS-26”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Tel. particular y/o celular	El número del teléfono fijo y/o móvil (celular) del paciente para cual se está donando. Ejemplo: 55-55- 65- 32- 43 / 55- 43- 67- 88 - 76
	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del paciente para el cual se está donando. Ejemplo: 4297 75 0558-1 1M1975OR
	Unidad Médica Hospitalaria	El tipo y número de unidad médica hospitalaria de donde se encuentra bajo tratamiento el paciente al cual se está donando. Ejemplo: Hospital General de Zona No.1A “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”.
	Servicio	El nombre del servicio o especialidad en el cual se encuentra bajo tratamiento el paciente para el cual se está donando sangre. Ejemplo: Medicina Interna.
4	Personal responsable de revisar cuestionario Nombre completo Matrícula Firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del personal responsable de revisar las respuestas del donante al cuestionario de pre-registro. Ejemplo: Nombre: José Luis Zamora Pérez Matrícula 9070698 Firma
5	Signos vitales y somatometría del donador Peso	El valor obtenido del donador expresado en kilos (kg) y gramos (gr). Ejemplo: 56.4 kg

2430-009-009



ANEXO 5
“Cuestionario de pre-registro FBS-26”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Estatura	El valor obtenido de la medición de la estatura del donador, expresada en centímetros. Ejemplo: 168 cm
	Huellas de veno-punción	Una “X” en el recuadro SI - NO, según el caso, una vez que se haya realizado la revisión de ambos brazos en búsqueda de huellas de veno-punciones. Ejemplo: SI(<u> X </u>) NO(<u> </u>)
	Múltiples y/o recientes	Una “X” en el recuadro Múltiple - Reciente, según el caso, una vez que se han revisado las características de las huellas de veno-punciones encontradas en el donante. Ejemplo: Múltiples (<u> X </u>) Recientes (<u> </u>)
	Temperatura	La cifra obtenida de la temperatura corporal del donador después de la aplicación de un termómetro, expresada en grados Celsius. Ejemplo: 36.8 C
	Frec. cardiaca	El número de latidos cardiacos auscultados o número de pulsaciones palpadas en el donador que se contabilizan durante un minuto. Ejemplo: 84
	Tensión arterial	Las cifras obtenidas después de la toma de la presión arterial con estetoscopio y baumanómetro al donador, arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión sistólica, expresada en mm/Hg. Ejemplo: 135/76 mmHg
6	Puede continuar con el proceso de donación	Una “X” en el recuadro SI - NO, según sea el caso, una vez que se haya realizado la evaluación de los hallazgos obtenidos de signos vitales, somatometría y búsqueda de venopunciones en el donador, para determinar si puede continuar con el proceso de donación de sangre.

2430-009-009



ANEXO 5
“Cuestionario de pre-registro FBS-26”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: X
7	Personal responsable de toma de signos vitales y evaluación Nombre completo Matrícula Firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma autógrafa del personal responsable de la toma de los signos vitales y la evaluación respecto a si el paciente puede continuar con el proceso de donación. Ejemplo: Nombre: Vera Domínguez Guadalupe Matrícula: 9070698 Firma
8	Observaciones	Cualquier dato que se considere relevante respecto a la evaluación del donador y que no se encuentre consignado en los datos solicitados.



ANEXO 6

**Instructivo para la evaluación del cuestionario de pre-registro FBS-26
2430-005-001**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO PARA LA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PRE-REGISTRO FBS-26

Estimado revisor del “**CUESTIONARIO DE PRE-REGISTRO FBS-26**”:

La Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, determina cuales son los requisitos que debe tener todo posible donador de sangre, debido a las implicaciones de salud que conlleva tanto para el donador como para el receptor.

El fundamento esencial para donar sangre es encontrarse sano.

Una vez que se haya determinado que el candidato a donar de sangre no cumple con los requisitos que determina la NOM, es importante:

1. Agradecer la calidad humana que tiene por querer donar sangre y por su tiempo invertido;
2. Solicitarle otro candidato que si cubra los requisitos mínimos indispensables para donar sangre.

NOTA: No se condicionará la atención médica en caso de no cubrir con el requisito.

CUESTIONARIO

No.	PREGUNTA	NO	SI	CONCEPTO
1	¿En este momento trae identificación oficial vigente con fotografía?	NO		<p>Para donar sangre es necesario identificar plenamente a la persona que va a donar, ya que la sangre es un tejido líquido, y al ser transfundido un paciente está recibiendo un trasplante de tejido, y por norma debemos identificar plenamente a la persona que va a donar sangre.</p> <p>Las identificaciones autorizadas en original son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial del INE. • Licencia de manejo, vigente. • Cartilla Nacional Militar. • Cartilla Nacional de Salud (con fotografía y sellada) • ADIMSS (credencial de identificación del IMSS). • Cédula profesional. • Pasaporte, vigente. <p>Para estudiantes: credencial escolar vigente y CURP.</p> <p>Para extranjeros: Pasaporte o credencial de residente FM 2 o FM 3 vigente.</p> <p>En caso de que la identificación no cuente con el domicilio se solicitará un comprobante del mismo.</p>
2	¿Tiene 4 horas sin tomar alimentos?	NO		<p>Es importante un ayuno de al menos de cuatro horas, debido a que la sangre debe estar libre de grasas para poder fraccionar los cuatro componentes sanguíneos que son sumamente valiosos. Las grasas pueden producir falsos resultados de laboratorio.</p> <p>En caso de que el proceso de donación dure más de cuatro horas, se permitirá en la sala de espera el consumo de líquidos claros.</p>

2430-005-001



No.	PREGUNTA	NO	SI	CONCEPTO
3	¿Cuántos años tiene?	<18	>70	Las personas menores de 18 años y las mayores de 70 años de edad, aun encontrándose sanas, no pueden donar sangre.
4	¿Pesa más de 50 kilos?	NO		Las personas que pesan menos de 50 kilogramos no cuentan con el volumen sanguíneo suficiente para donar 450 mililitros de sangre y se podrían descompensar, por lo cual se establece como límite inferior para ser donador los 50 kilogramos.
5	¿Ha tenido hepatitis? De ser afirmativo: ¿a qué edad?		SI	Para poder donar sangre, la persona no debe haber padecido hepatitis B o C. Si presentó cuadro de hepatitis antes de los 10 años de edad, puede ser aceptado como candidato a donador.
6	¿En este momento tiene alguna enfermedad?		SI	Si el donante en el momento del pre-registro se encuentra enfermo o en tratamiento médico, no será posible su registro sino hasta que haya logrado su recuperación. En caso de haber estado con cualquier tratamiento con antibiótico, una vez concluido el medicamento deberá esperar al menos un lapso de 5 días entre la última toma del medicamento y el día en que se presenta como donante.
7	¿Tiene tatuajes?		SI	Todos los procedimientos parenterales, es decir, todo procedimiento que haya involucrado la punción de la piel y/o mucosas con cualquier material, a partir del momento de la punción debe de transcurrir un lapso de tiempo al menos de 12 meses para que sea posible donar sangre. Esto se debe al riesgo que conllevan estos procedimientos a la adquisición de Hepatitis B y VIH.
8	¿Su dentista le ha hecho endodoncia?		SI	
9	¿Le han hecho perforaciones para aretes en alguna del cuerpo o acupuntura?		SI	
10	¿Lo han operado? De ser afirmativo: ¿hace cuánto tiempo?		SI	Si se trata de cirugía mayor, con internamiento hospitalario mayor a un día, debido a la cirugía, deberá de haber transcurrir un periodo de por lo menos 6 meses para poder donar sangre. En casos de cirugía menor o ambulatoria son tres meses.
11	En los últimos 14 días, ha tenido: ¿Gripa, catarro, tos seca con flemas o fiebre? ¿Diarrea? ¿Infecciones dentales? De ser afirmativo: Mencione cual:			Una persona que se encuentra en un proceso viral o de infección no pueden donar sangre, ya que estos agentes infecciosos pasan al torrente sanguíneo. Si a un paciente que se encuentra inmunológicamente deprimido se le trasfunde esta sangre, podría ocasionar un mayor problema en su estado de salud

2430-005-001



No.	PREGUNTA	NO	SI	CONCEPTO
12	¿En los últimos 5 días ha tomado medicamentos? a. Aspirina b. Naproxeno c. Diclofenaco d. Ketorolaco e. Meloxicam f. Ibuprofeno g. Antibióticos		SI	Una persona que se encuentra en cualquier tipo de tratamiento médico no puede donar sangre debido a que está tratando de un problema de salud. Tras concluir con su tratamiento, deberá ser dado de alta por su médico tratante y tras concluir este proceso puede ser candidato a donar.

EN CASO DE SER MUJER

13	¿Tiene hijos menores de seis meses?		SI	El periodo mínimo para ser donadora de sangre tras el parto debe de ser de 6 meses. Lactar al recién nacido provoca que los depósitos de hierro maternos tarden aproximadamente un año para alcanzar niveles de normalidad. La experiencia institucional de los Bancos de Sangre sugiere que es recomendable la espera de al menos seis meses entre el nacimiento del hijo y la presentación como donadora al Banco de Sangre.
----	-------------------------------------	--	----	--

NOTA: Si usted identifica alguna de las respuestas (SI o NO y <18 o >65, señaladas en los recuadros grises de este instructivo) en el "cuestionario de pre-registro FBS-26", se deberá de considerar al candidato como NO APTO para continuar con el proceso de donación de sangre.

En caso de existir cualquier duda por parte del donante o de existir inconformidad, envíe al donador con el Médico Responsable para aclarar dudas.

2430-005-001



ANEXO 7

**Historia clínica para la selección del donante FBS-1
2430-009-010**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

HISTORIA CLÍNICA PARA LA SELECCIÓN DEL DONANTE FBS-1

No. pre-donante/ muestra		No. de unidad		1 I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		FECHA Y HORA	
		ETIQUETA		BANCO DE SANGRE:		____/____/____ : ____ DD MMM AAAA Hora Min	
				USO TERAPÉUTICO:			
				TIPO DE DONACIÓN:			
				TIPO DE EXTRACCIÓN:			
NOMBRE DEL DONANTE: _____ (Apellido paterno, materno y nombre(s))				FECHA DE NAC.: _____ DD MMM AAAA			
Domicilio:			C. P.:	Edo.:	Teléfono:		
Documento:		Parentesco:		Originario:		Tel. Cel.:	
Residencia últimos 5 años:		Residencia en el extranjero:		Residencia actual:		Correo electrónico:	
Sexo:	Edad:	años	Estado civil:	Ocupación:		Escolaridad:	
Nombre del paciente:							
UMH de procedencia:			Servicio tratante:				

2 II. SIGNOS VITALES, SOMATOMETRIA Y BIOMETRIA HEMÁTICA					
Frecuencia cardiaca:		Temperatura:	TA:	Peso:	Estatura:
Hto:	Hb:	Plaquetas:	Leucocitos:	Lipemia:	Ictericia:

3 III. MOTIVOS DE EXCLUSIÓN PERMANENTE O TEMPORAL (consultar Apéndice A)

ANTECEDENTES DE RECHAZO PERMANENTE CUADRO CLINICO, INFECCION COMPROBADA O REACTIVIDAD EN NAT PARA VIH, HEPATITS B O HEPATITS C	<input type="checkbox"/>	DONANTE DE PACIENTE CON DESARROLLO DE VIH O HEPATITIS	<input type="checkbox"/>
DX SEROLOGICO, CLINICO O HIJOS DE MADRE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS. PICADURA, OBSERVACION DIRECTA DEL TRIATOMINO	<input type="checkbox"/>	HISTORIA FAMILIAR CON ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB, TRANSPLANTE DURAMADRE, CORNEA, HIPOFISIS HUMANA, INSULINA DE ORIGEN BOVINO	<input type="checkbox"/>
RESIDENCIA EN REINO UNIDO MAS DE 1 AÑO ENTRE 1980 Y 1996	<input type="checkbox"/>	MALARIA, BABESIOSIS, LEISHMANIASIS VICERAL, PALUDISMO, DENGUE	<input type="checkbox"/>
MENINGITIS Y ENCEFALITIS (BACILOS, ALCOHOL RESISTENTES, CRIPTOCOCO, TOXOPLASMA, VIRUS) FIEBRE Q CRONICA, RETROVIRUS (HTLV-1 Y/O HTLV-11)	<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA, TRASTORNOS HEMORRÁGICOS, COAGULOPATIAS, TROMBOSIS ARTERIAL O VENOSA RECURRENTE	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD DE GUILLAIN BARRE, ESCLEROSIS MULTIPLE, ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN	<input type="checkbox"/>	SIRINGOMELIA, DISTROFIAS MUSCULARES, NEUROPATIAS, ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA, CONVULSIONES FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	INFARTO AL MIOCARDIO, ANGINA INESTABLE, ESCLEROSIS DE LAS CORONARIAS O HIPERTROFIA AORTICA	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATIAS CONGENITAS, ARRITMIAS, SOPLOS FIEBRE REUMATICA CON SECUELAS	<input type="checkbox"/>	BRONQUITIS CRONICA GRAVE, ENFISEMA PULMONAR O ASMA CRONICA GRAVE	<input type="checkbox"/>
AFECCIONES GASTROINTESTINALES GRAVES ACTIVAS (INMUNITARIAS, MALA ABSORCION, HEMORRAGIA), GASTRECTOMIA TOTAL	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPATICAS ACTIVAS O CRONICAS, HEPATITIS POSTERIOR A LOS 10 AÑOS, ALCOHOLISMO CRONICO	<input type="checkbox"/>
NEFRITIS O PIELONEFRITIS CRONICAS	<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTE O PRESENCIA DE CUALQUIER NEOPLASIA	<input type="checkbox"/>
DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS AUTOINMUNES CON AFECCION EN MAS DE 1 ORGANO	<input type="checkbox"/>
USO DE ESTEROIDES Y HORMONAS, ETRETINATO	<input type="checkbox"/>	CUADROS ANAFILACTICOS	<input type="checkbox"/>

2430-009-010



<input type="checkbox"/> EXPROVEEDORES REMUNERADOS DE SANGRE O PLASMA, SIN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES O COARTADOS DE SU LIBERTAD	<input type="checkbox"/> PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO, COMPAÑEROS SEXUALES DE PERSONAS CON VIH O HEPATITIS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INTOXICACION POR NARCOTICOS, MARIHUANA, INHALANTES U OTROS, DROGAS IV	<input type="checkbox"/> LIPOTIMIA DE REPETICION	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MALESTAR GENERAL, ASPECTO DE ENFERMOS, ADENOMEGLIAS, VISCEROMEGLIAS	<input type="checkbox"/> ESTANCIA MAS DE 72 HORAS EN INSTITUCIONES PENALES O MENTALES, POLITRANSFUNDIDOS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTE DE ALOINMUNIZACION POR TRANSFUSION O EMBARAZO		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS CANCERES LOCALIZADOS Y COMPLETAMENTE CURADOS	<input type="checkbox"/> GLOMERULONEFRITIS AGUDA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS BRUCELOSIS, TUBERCULOSIS, OSTEOMIELITIS ACITRETINA, DUTASTERIDA	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA SIN SECUELAS CARDIACAS, FIEBRE Q AGUDA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> VACUNA EXPERIMENTAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 18 MESES TAMOXIFENO		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 12 MESES TRAS EL EVENTO DE RIESGO, LA CURACIÓN CONFIRMADA, CESE DEL CUADRO O RECUPERACIÓN COMPLETA SIFILIS U OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	<input type="checkbox"/> VACUNACION ANTIRRABICA, ENCEFALITIS POR GARRAPATA, HEPATITIS A O B, E INMUNOGLOBULINAS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INMUNIZACION PASIVA CON SUEROS HIPERINMUNES DE ORIGEN ANIMAL, FACTOR DE TRANSFERENCIA	<input type="checkbox"/> TATUAJES, PERFORACIONES, ENDODONCIA, PILOELECTROLISIS, USO DE JERINGAS NO DESECHABLES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DROGAS DE APLICACION NASAL (USO COMPARTIDO DE POPOTES, PAJILLAS U OTRO)	<input type="checkbox"/> CATETERISMO O ENDOSCOPIA CON INSTRUMENTOS FLEXIBLES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SALPICADURAS A MUCOSAS, PUNCIONES, CONTACTO DIRECTO CON SANGRE, TRANSFUSIONES O TRASPLANTES ALOGENICOS	<input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS HETEROLOGOS DE REPRODUCCION ASISTIDA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> CONTACTO ESTRECHO CON ENFERMOS DE HEPATITIS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VIOLACION, PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO, USO COMPARTIDO DE JUGUETES SEXUALES		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 6 MESES PARTO, CESAREA, TERMINACION DEL EMBARAZO O LACTANCIA, CIRUGIA O ACCIDENTE MAYOR	<input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS, TOXOPLASMOSIS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 3 MESES MENINGITIS O ENCEFALITIS BACTERIANAS O VIRALES AGUDAS SIN SECUELAS		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN EL ÚLTIMO MES CONTACTO CON PERSONAS CON ALGUNA INFECCION	<input type="checkbox"/> VACUNA BCG, FIEBRE AMARILLA, RUBEOLA, SARAMPION, POLIOMIELITIS, PAROTIDIS U OTRAS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 28 DIAS FINASTERIDA, ISOTRETINOINA, TETRACICLINA, TRETINOINA, TALIDOMINA		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS FIEBRE IGUAL O MAYOR A 38 GRADOS CENTIGRADOS, PROCESOS PSEUDO GRIPALES O INFECCIONES	<input type="checkbox"/> GRIPE, HERPES LABIAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LA ÚLTIMA SEMANA CIRUGIA MENOR, EXTRACCION DENTAL NO COMPLICADA		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LOS ULTIMOS 5 DIAS ACIDO ACETILSALICILICO, PIROXICAM, CLOPIDOGREL, DIFUNISAL, FENILBUTAZONA, MELOXICAM, NABUMETONA, NAPROXENO U OTROS		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTE DE RECHAZO POR LOS DOCE MESES QUE SIGUEN A LA ÚLTIMA EXPOSICIÓN DE RIESGO		
<input type="checkbox"/> USO DE ARETES O ADORNOS SIMILARES COLOCADOS EN CUALQUIER MUCOSA. (DEBERAN RETIRARSE 72 HORAS PREVIAS A LA DONACION)		
<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES DE RECHAZO EN LAS ÚLTIMAS 48 HORAS ACECLOFENACO, ACETAMICIN, ACIDOMEFENAMICO, DICLOFENACO, DEXIBUPROFEN, FLUBIPROFENO U OTROS.		

2430-009-010



ANTECEDENTES DE RECHAZO AL MOMENTO DE LA VALORACION
ALERGIA, ERUPCION CUTANEA, ASMA O REACCIONES ALERGICAS GENERALIZADAS

LESIONES CUTANEAS EN ÁREA DE PUNCION

DESVELADO, AYUNO PROLONGADO, NERVIOSISMO

EXPLORACION FISICA

4

PIEL
TORAX
ACCESO VENOSO
CABEZA
CUELLO
EXTREMIDADES
OROFARINGE

MUCOSAS
ABDOMEN (VISCEROMEGALIAS)
ADENOMEGALIAS
CALIDAD DE VENAS
ESPLENOMEGALIA
HEPATOMEGALIA
GANGLIOS

5 Candidato a donar: SI NO

6 Diferido: SI NO

7 APTO: NO APTO:

V. CANDIDATO A DONAR

8

VI. MÉDICO RESPONSABLE

9

Nombre y firma

Nombre

MATRICULA

/

FIRMA

Declaratoria de bajo protesta de decir verdad, manifiesto que las respuestas a las preguntas que se me han formulado las he contestado con veracidad y en pleno ejercicio de mis facultades mentales y sin ningún tipo de coacción.



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Datos sociodemográficos	Para ser llenado en el Área de Recepción
	No. predonante/muestra	El número consecutivo asignado a cada predonante o muestra, según el orden en el cual se presenta al Banco de Sangre. Ejemplo: 164353
	No. de unidad.	El número único e irrepetible progresivo que se le asigna a la a unidad; es independiente del sitio de donde proceda y del componente sanguíneo de que se trate. Ejemplo: 10018969
	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Banco de Sangre "A".
	Tipo de donación	El tipo de donación de sangre, de acuerdo al destinatario final y que se beneficiará del componente sanguíneo a obtener. Puede ser familiar, dirigida, autóloga o voluntaria. Ejemplo: Familiar
	Tipo de extracción	La forma mediante la cual se obtendrá el componente sanguíneo para fines terapéuticos del donante. Puede ser mediante Sangre Total o Aféresis. Ejemplo: Sangre Total.
	Fecha y hora	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se inicia el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2019 09:32

2430-009-010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Nombre del donante	<p>El nombre completo del donante iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta.</p> <p>Ejemplo: Lugo González Jorge.</p>
	Fecha de Nac.	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de nacimiento del donante; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. El dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta el donante.</p> <p>Ejemplo: 20 / 04 / 1972</p>
	Domicilio	<p>El nombre de la calle, el número oficial, tanto exterior como interior, así como la Colonia y la Alcaldía o Municipio a la que pertenece. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta el donante.</p> <p>Ejemplo: Sinaloa 89 Depto. 5 Colonia Roma, Alcaldía Cuauhtémoc</p>
	C.P.	<p>El número que corresponde al Código Postal asignado al domicilio del donante. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta el donante.</p> <p>Ejemplo: 06700</p>
	Edo.	<p>La entidad Federativa en la que se encuentra ubicado el domicilio del donante. El dato deberá transcribirse de los documentos con los que se presenta el donante.</p> <p>Ejemplo: Ciudad de México.</p>

2430-009 010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Teléfono	El número telefónico fijo del donante (no celular o móvil). En caso de no contar con teléfono fijo, solicitar el número de telefónico de algún familiar. Ejemplo: 55-5360-4537
	Documento	El nombre de la identificación oficial con la que se presenta el donante al Banco de Sangre. Ejemplo: Credencial de Elector (INE).
	Parentesco	El vínculo familiar o relación interpersonal que tiene el donante con el receptor del componente sanguíneo. Ejemplo: Sobrino.
	Originario	El lugar de nacimiento del donante, registrando la ciudad y el estado. Ejemplo: Uruapan, Michoacán.
	Tel. Cel.	El número de teléfono celular o móvil del donante. Ejemplo: 55-5550-6824
	Residencia últimos 5 años	El sitio en el cual radicó el donante en los últimos cinco años. Ejemplo: Ciudad de México.
	Residencia en el extranjero	Si el donante en los últimos cinco años radicó en el extranjero y especificar el lugar. Ejemplo: Barcelona, España.
	Residencia actual	La ciudad en la cual radica el donante en el momento de la donación. Ejemplo: Ciudad de México.

2430-009 010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Correo electrónico	El correo electrónico del donante. Ejemplo. micorreo@xzq.com
	Sexo	El sexo del donante que se presenta al Banco de Sangre Ejemplo: Hombre / Mujer
	Edad	Los años cumplidos del donante, al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: 38 años
	Estado civil	El estado civil del donante, al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Soltero
	Ocupación	La ocupación del donante al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Chofer
	Escolaridad	El grado máximo de estudios del donante al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Secundaria
	Nombre del paciente	El nombre completo del paciente para el cual se hace la donación (receptor) iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Ejemplo: Lugo Gómez Miguel.
	UMH de procedencia	La Unidad Médica Hospitalaria responsable de la atención médica del receptor del componente sanguíneo. Ejemplo: HGZ 1 A “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”.

2430-009 010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Servicio tratante	El servicio responsable de otorgar la atención médica al receptor del componente sanguíneo. Ejemplo: Cirugía General.
2	Signos vitales, somatometría y biometría hemática	
	Frecuencia cardiaca	El número de latidos cardiacos auscultados durante un minuto de exploración. Ejemplo: 69.
	Temperatura	El grado de calor del donante evaluado con un termómetro y medido en grados Celsius. Ejemplo: 36.8°C.
	TA	La tensión arterial sistólica y diastólica del donante evaluada con el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, y medida en milímetros de mercurio mm/Hg. Expresar en el siguiente orden: presión arterial sistólica / presión arterial diastólica. Ejemplo: 110 / 70.
	Peso	El peso del donante medido con una báscula y expresado en kilogramos y sus fracciones en gramos. Ejemplo: 76.615.
	Estatura	La estatura del donante expresada en metro con su fracción en centímetros. Ejemplo: 1.65.
	Hto.	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje. Ejemplo: 47.

2430-009 010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Hb.	La concentración de hemoglobina del donador expresada en gramos por decilitro. La fracción expresada con un dígito. Ejemplo: 16.3
	Plaquetas	La cuenta de plaquetas en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 178000.
	Leucocitos	La cuenta de leucocitos en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 6800.
	Lipemia	Si en el suero procedente de la muestra sanguínea del donante se observó (presente) o no se observó (ausente) la presencia de lipemia. Ejemplo: Presente.
	Ictericia	Si en el suero procedente de la muestra sanguínea del donante se observó (presente) o no se observó (ausente) la presencia de ictericia. Ejemplo: Ausente.



3 Motivos de exclusión permanente o temporal (consultar Apéndice A)

**Apéndice A:
Criterios de exclusión permanentes o temporales de acuerdo a especialidad o condición**

A. CARDIOLOGÍA
Motivos de exclusión permanente
Antecedente o padecer cualquiera de las siguientes enfermedades cardiovasculares:
- Infarto al miocardio
- Trombosis arterial o venosa recurrente
- Esclerosis de las coronarias
- Angina inestable
- Hipertrofia aórtica
- Arritmias
- Fiebre reumática que hubiese dejado secuelas
Historia sugestiva de retención hídrica (granulocitos por aféresis o utilización expansores de plasma)

B. DERMATOLOGÍA
Motivos de exclusión permanente
Antecedente de haber recibido tratamiento con etretinato (psoriasis)

C. ENDOCRINOLOGÍA
Motivos de exclusión permanente
Receptores de insulina de origen bovino
Diabetes mellitus dependiente de insulina

D. ESTANCIA EN OTROS PAÍSES O ZONAS
Motivos de exclusión permanente
Estancia en Reino Unido entre 1980 y 1996 por un periodo acumulado igual o mayor a 12 meses
Estancia en zona con casos de transmisión del Virus del Oeste del Nilo 28 d. tras dejar zona

E. GASTROENTEROLOGÍA
Motivos de exclusión permanente
Afecciones gastrointestinales graves activas, crónicas o recidivantes (pérdidas de sangre, malabsorción hierro, inmunes)
Gastrectomía total
Enfermedades hepáticas activas o crónicas

2430-009 010



F. HEMATOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

- Requiere continuamente transfusiones (hemofilia, trastornos hemorrágicos, etc.)
- Coagulopatías o diátesis hemorrágica anormal
- Proveedor o ex-proveedor remunerado de sangre o plasma

G. INFECTOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

- Infección comprobada por VIH
- Manifestaciones clínicas atribuibles a infección VIH
- Resultado reactivo en NAT para detección VIH
- Donante de paciente que desarrolló infección VIH presumiblemente asociada a la transfusión
- Cuadro clínico de Hepatitis después de los 10 años de edad
- Antecedente de diagnóstico clínico o de laboratorio de infección por virus Hepatitis B o C
- Resultado reactivo en NAT para detección virus Hepatitis B o C o ambos
- Donante de paciente que desarrolló infección Virus Hepatitis B o C presumiblemente asociada a la transfusión
- Diagnóstico clínico o serológico Tripanosomiasis americana
- Riesgo de infección por el Trypanosoma cruzi
- Historia familiar de Enf. Creutzfeldt-Jakob
- Receptores de tejidos o derivados potencialmente transmisores de Enfermedad Creutzfeldt-Jakob
- Antecedente de haber padecido malaria
- Leishmaniasis visceral o enfermedad de Kala-Azar
- Babesiosis
- Meningitis y encefalitis crónicas debidas a bacilos ácido alcohol resistentes, criptococo, toxoplasma o virus lentos
- Fiebre Q crónica
- Infecciones por Retrovirus (HTLV-I, HTLV-II)

G. INFECTOLOGÍA (continuación)

Motivos de exclusión temporal

Possible transmisión de infecciones virales por eventos de riesgo:	Doce meses tras la exposición al riesgo. En caso de NAT: el diferimiento podrá ser de cuatro meses
- Inoculaciones potencialmente infectantes (tatuajes, acupuntura, piloelectrólisis, perforaciones piel o mucosas)	
- Inyecciones aplicadas sin el empleo de jeringas desechables y uso único	
- Cateterismo o endoscopia con instrumentos flexibles	
- Salpicaduras a mucosas, punciones o contacto directo con sangre, componentes sanguíneos, tejidos, suspensiones celulares o líquidos sexuales origen humano	
- Transfusiones o trasplantes alogénicos, con tejidos o células	
- Procedimientos heterólogos de reproducción asistida	
- Relación sexual con personas infectadas por VIH, hepatitis virales activas o	2430-009 010



crónicas o condición serológica incierta:	
a. Violación o prácticas sexuales de riesgo	
b. Uso compartido de juguetes sexuales contaminados con sangre o líquidos sexuales	
- Uso de drogas de abuso de aplicación nasal compartiendo cualquier instrumento	
- Contacto estrecho con enfermos de hepatitis	
- Internamiento mayor a 72 horas consecutivas en instituciones penales o enf. mentales	
- Uso de aretes o adornos similares en cualquier mucosa	72 horas tras retiro
Brucelosis o aislamiento de bacterias del género <i>Brucella</i>	
Tuberculosis	
Ostiomiелitis	
Fiebre reumática, sin secuelas cardiacas crónicas	
Fiebre Q aguda	
Glomerulonefritis aguda	Cinco años
Sífilis u otras infecciones transmitidas sexualmente y transmisibles por transfusión	Doce meses
Toxoplasmosis o mononucleosis	Seis meses
Meningitis o encefalitis bacterianas o virales agudas sin secuelas	Tres meses
Contacto con personas con alguna infección	13 – 30 días
Fiebre mayor o igual a 38°C, gripe, procesos pseudogripales o infecciones	14 días

H. INMUNIZACIONES/VACUNAS

Motivos de exclusión temporal

Vacuna	Diferimiento tras aplicación
Cualquier vacuna experimental	Tres años
Antirrábica y contra encefalitis por garrapata aplicadas por exposición de riesgo	
Hepatitis por virus A o B e inmunoglobulinas aplicadas por exposición de riesgo	12 meses
Inmunización pasiva con sueros hiperinmunes de origen animal	
Convivencia o contacto con personas que recibieron vacuna contra sarampión	28 días tras vacuna
Elaboradas con bacterias o virus vivos atenuados (BCG, Fiebre amarilla, rubeola, sarampión, poliomiелitis (oral), parotiditis, fiebre tifoidea, cólera e influenza	Cuatro semanas
Sintomatología adversa imputable a cualquier inmunización	Cese total

I. INMUNOLOGÍA/ALERGOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Historia clínica de cuadros anafilácticos
Donación de plasma mediante aféresis con antecedente de aloinmunización
Antecedente de aloinmunización por transfusión
Antecedente de aloinmunización en embarazo
Mujer donante de componente con plasma, incluido plaquetas de aféresis que se suspenderán en plasma

2430-009 010



Motivos de exclusión temporal

Alergia, erupción cutánea, asma u otras reacciones alérgicas generalizadas	Tras resolución de evento
Afección alérgica en zona de venopunción	

J. MEDICAMENTOS

Motivos de exclusión temporal

Medicamento	Diferimiento tras suspensión
Acitrecina	Tres años
Tamoxifeno	18 meses
Dutasterida	6 meses
Finasterida, isotretinoína, tetraciclina, tretinoína y talidomida	28 días
Cualquier otro probado como teratogénico	De acuerdo a farmacocinética
Factor de transferencia	12 meses
Ácido acetil salicílico, clopidogrel, diflunisal, fenilbutazona, meloxicam, nabumetona, naproxeno, piroxicam, sulindac y tenoxicam	5 días
Aceclofenaco, acetamin, ácido mefenámico, diclofenaco, dexibuprofen, flubiprofeno, ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno y ketorolaco	48 horas
Antibióticos empleados para infecciones banales	7 días

*Cada Banco de Sangre deberá contar con una lista actualizada de fármacos de uso común

K. NEFROLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Padecimientos renales (nefritis o pielonefritis crónicas) y otros procesos renales crónicos

Motivos de exclusión permanente

Glomerulonefritis aguda	Cinco años
-------------------------	------------

L. NEUMOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Neumopatías crónicas (bronquitis crónica grave, enfisema pulmonar y asma crónica grave)

M. NEUROLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Antecedente o padecer cualquiera de las siguientes enfermedades neurológicas:

- Procesos desmielinizantes (Guillain-Barré, esclerosis múltiple) o degenerativos del Sistema nervioso central
- Facomatosis, siringomelia, distrofias musculares o neuropatías
- Enfermedad cerebrovascular
- Epilepsia bajo tratamiento continuado o historia de episodios convulsivos no etiquetados
- Meningitis o encefalitis bacterianas o virales agudas que hubieran dejado secuelas

Motivos de exclusión temporal

Crisis convulsivas no etiquetadas como epilépticas, tras suspender tratamiento y sin Crisis Convulsivas	Tres años
Meningitis o encefalitis bacterianas o virales agudas sin secuelas	Tres meses

2430-009 010



N. OBSTETRICIA

Motivos de exclusión permanente

Antecedente de aloinmunización en embarazo

Mujer donante de componente con plasma, incluido plaquetas de aféresis que se suspenderán en plasma

Motivos de exclusión temporal

Mujer gestando

Reciente resolución de cualquier evento obstétrico (parto, cesárea, aborto)

Seis meses
después de
resolución

Mujer en periodo de lactancia

O. ONCOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Antecedente o padecer cualquier neoplasia (Salvo cánceres localizados y completamente curados)

Motivos de exclusión temporal

Cáncer localizado y completamente curado

Cinco años

P. QUIRÚRGICOS Y TRAUMATOLÓGICOS

Motivos de exclusión temporal

Completa recuperación tras cirugía mayor, accidente mayor o ambos

Seis meses

Cirugía menor o extracción dental no complicadas

Siete días

Q. REUMATOLOGÍA

Motivos de exclusión permanente

Trastornos autoinmunes con afección de más de un órgano

R. TOXICOMANIAS

Motivos de exclusión permanente

Usuario actual o anterior de drogas parenterales de abuso

Antecedente o consumo actual de drogas de abuso por vía parenteral (incluye esteroides y hormonas)

Alcoholismo crónico, historia previa de alcoholismo con daño hepático

S. TRASPLANTES

Motivos de exclusión permanente

Antecedente de recepción de cualquier xenotrasplante o en pareja sexual



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR				
4	Exploración física Hallazgo Normal / Anormal	<p>Una "X" en el recuadro de opción "NL" (Normal) si después de realizar la exploración física los hallazgos se encuentran dentro de la normalidad o "ANL" (Anormal) en caso de encontrar hallazgos patológicos. Explore, valore y registre cada uno de los siguientes órganos o sistemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel • Mucosas • Tórax • Abdomen • Tamaño de hígado (hepatomegalia) • Tamaño de bazo (esplenomegalia) <p>Ejemplo: Mucosas</p> <table border="1" data-bbox="992 1045 1143 1129"> <tr> <td>NL</td> <td>ANL</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">X</td> </tr> </table>	NL	ANL		X
NL	ANL					
	X					
	Observaciones	<p>Cualquier dato que se considere de relevancia y que no se encuentre consignado en los registros previos.</p> <p>Ejemplo: Lesiones vesiculares en mucosa oral.</p>				
5	Candidato a donar	<p>Una "X" en el recuadro de opción "SI" en caso de que el donante sea candidato a donar tras la evaluación o "NO" en caso de que no lo sea.</p> <p>Ejemplo: Candidato a donar</p> <table border="1" data-bbox="1182 1482 1317 1566"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	X	
SI	NO					
X						
6	Diferido	<p>Una "X" en el recuadro de opción "SI" en caso de que el donante sea diferido para donar sangre después de la evaluación o "NO" en caso de que no lo sea. En caso de ser diferido registre la causa y el periodo de tiempo para rechazo.</p> <p>Ejemplo: Diferido: Tras resolución de evento/ Erupción cutánea generalizada.</p> <table border="1" data-bbox="1256 1787 1391 1871"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	X	
SI	NO					
X						

2430-009-010



ANEXO 7
Historia clínica para la selección del donante FBS-1
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR				
7	Apto	Una "X" en el recuadro de opción "SI" en caso de que el donante sea apto para donación después de la evaluación o "NO" en caso de no serlo. Ejemplo: Apto <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>X</td><td></td></tr></table>	SI	NO	X	
SI	NO					
X						
8	Candidato a donar	El nombre completo del donante iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre así como su firma. Ejemplo: Rojas Alemán Gilberto.				
9	Médico Responsable	El nombre completo del Médico Responsable de la atención médica al donante, así como su matrícula institucional y firma. Ejemplo: Luis Gómez Hernández. 11465678 Firma				

2430-009-010



ANEXO 8

**Carta de consentimiento informado para donación de sangre
o componentes sanguíneos
2430-009-011**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN DE SANGRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS

1	2
BANCO DE SANGRE (Nombre y tipo con el que se identifica)	DOMICILIO (Calle, No., Colonia, Alcaldía Código Postal y Entidad Federativa)

3 DATOS DEL DONADOR		
NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	SEXO	EDAD (AÑOS)
DOMICILIO	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

TIPO DE RECOLECCIÓN DE SANGRE:

4	PROPÓSITO	La sangre humana solo se puede obtener de personas sanas que acepten donarla de manera voluntaria y es de vital importancia para ayudar a sanar a un enfermo o incluso para salvarle la vida. Por ello es importante su donación.
	BENEFICIOS	Ayuda en la atención médica de los pacientes que necesitan de sangre humana o de sus fracciones, plaquetas, plasma, etcétera, para su tratamiento.
	RIESGOS	El donador en ocasiones puede sentir mareo, náusea o sensación de desmayo. De presentar una reacción adversa, será atendido por personal médico capacitado hasta que se recupere. Cuando el donador miente en sus respuestas, puede ocasionar daño a la persona que recibe su sangre.

PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE

Previo registro y estando en ayuno, se le analizará una muestra de sangre y un examen médico para conocer si es apto como donador. Después, por medio de una punción con aguja en un brazo, se le extraerán aproximadamente 450 ml de sangre. Todo el material usado es nuevo, desechable y se usa una sola vez. La sangre donada es analizada y fraccionada por el Banco de Sangre para utilizarla en los pacientes que la requieran medicamente.

Posterior a la donación se le otorgará alimento y bebida para evitar que se sienta mal por el ayuno previo. Además, se le entregará el documento: "Cuidados y recomendaciones a seguir después de la donación de sangre" en el cual explica los cuidados que deberá seguir. Podrá hacer sus actividades habituales un par de horas después de realizar su donación.

A la sangre recolectada se le realizan las pruebas de detección de enfermedades transmisibles (por ej. panel de hepatitis viral, VIH, etc.) para evitar infecciones entre el donador y el paciente que la recibe, por lo cual es importante su autorización para realizarlas. El resultado de sus pruebas de laboratorio se mantendrá confidencial, para lo cual desde su ingreso le es asignado un código de barras con un número que lo identificará, asegurando que sus datos solo se conocerán por el personal encargado de realizar su procedimiento.

Yo _____ **5** _____ declaro:
NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO (DEL DONANTE)

Que la información que he proporcionado es cierta y corresponde con los documentos con los que me he identificado. Manifiesto que entendí la información que se me proporcionó y que se me dio la oportunidad de hacer preguntas, que se me aclararon mis dudas acerca del procedimiento de donación de sangre y que puedo desistir de mi consentimiento en el momento que así lo considere necesario.

Doy mi autorización para que se realicen a mi sangre las pruebas de laboratorio para identificar infecciones transmisibles por transfusión y que de resultar anormales será notificado personalmente o a quien designe para ello, a través de una carta poder firmada ante dos testigos.

Doy mi consentimiento por propia voluntad y a título gratuito para donar sangre y acepto que la sangre donada o sus fracciones puedan ser distribuidas y utilizadas para el o los pacientes que la requieran.

6

LUGAR Y FECHA (DÍA, MES Y AÑO)

7

FIRMA O HUELLA DACTILAR

SI ACEPTO	NO ACEPTO
-----------	-----------

8

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO	MATRÍCULA	FIRMA
-----------------	-----------	-------

2430-009-011



ANEXO 8
“Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes
sanguíneos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Banco de Sangre	<p>El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Banco Central de Sangre CMN “La Raza”. Tipo A.</p>
2	Domicilio	<p>La calle, número, colonia, Alcaldía o municipio, código postal y entidad federativa en la que se ubica el Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Av. Jacarandas s/n, Col. La Raza, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 02990, Distrito Federal.</p>
3	Datos del donador	<p>El nombre completo del donante iniciando por el apellido paterno, seguido del materno y el nombre, el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta el mismo.</p> <p>Ejemplo: Lugo González Jorge.</p>
	Sexo	<p>En el espacio correspondiente el género del donante.</p> <p>Ejemplo: Hombre</p>
	Edad (años)	<p>La edad del donador, expresada en años y sin decimales, en el momento que el donante se presenta al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 28 años.</p>
	Domicilio	<p>La calle, número, colonia, Alcaldía o municipio, código postal y entidad federativa en la que se ubica el domicilio del donante.</p> <p>Ejemplo: Portales 109-204 El Cortijo, Tlalnepantla, Estado de México. CP. 54070.</p>

2430-009-011



ANEXO 8
“Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Ocupación	La ocupación del donante al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Chofer
	Estado civil	El estado civil del donante, al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Soltero
	Tipo de recolección de sangre	El tipo de recolección o donación que se llevará a cabo: Voluntaria y altruista, familiar o de reposición, regular o de repetición. Ejemplo: Voluntaria
4	Propósito	Explique al donante la importancia de la donación de sangre, destacando que está otorgando un regalo de vida para alguna persona.
	Beneficios	Explique al donante toda la ayuda que brindará su sangre a diversas personas, e incluso que puede estar salvando con su acto hasta cuatro vidas. El donante se verá beneficiado al existir una renovación celular sanguínea. La donación le brindará una mayor oxigenación a sus órganos y tejidos. Ejemplo: Mejorar condiciones clínicas de un paciente a través de la transfusión de un componente sanguíneo altamente compatible.
	Riesgos	Existen diversos riesgos descritos y asociados con la donación de sangre. Se clasifican de la siguiente forma: A. Complicaciones con síntomas localizados. B. Complicaciones con síntomas generalizados. C. Complicaciones relacionadas con aféresis. D. Otras complicaciones Para mayor información consulte el “Instructivo para el manejo de las posibles complicaciones derivadas de la donación”; clave 2430-005-003.

2430-009-011



ANEXO 8
“Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes sanguíneos”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Procure otorgar una consejería veraz, pero sin caer en el extremo de la fatalidad. Refuerce el concepto respecto a que el personal del Banco de Sangre se encuentra suficientemente capacitado para otorgar atención inmediata ante cualquier reacción.
5	Yo <hr/> declaro que: <small>NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO (DEL DONANTE)</small>	El nombre completo del donante, empezando por el o los nombre(s), seguidos de apellidos. Ejemplo: Lugo González Jorge.
6	Lugar y fecha (día, mes y año)	El municipio o alcaldía, seguido de la entidad federativa, así como el día, mes y año correspondientes a la fecha en que se consiente la donación de sangre, para el caso del día y el años en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda, escribir el mes correspondiente. Ejemplo: Cuauhtémoc, Cuidad de México a 20 de febrero de 2018.
7	Firma o huella dactilar	La firma, o en su caso, la huella dactilar del paciente en el espacio correspondiente de aceptar o no el procedimiento. Para aquellos casos en los que el paciente sea menor de edad, o incapaz de otorgar el consentimiento, se deberá incluir: el nombre, sexo, edad, domicilio, ocupación y estado civil de quien otorga el consentimiento, el vínculo con el paciente que le permite ejercer tal derecho y la causa por la que lo ejerce, así como la firma o huella del otorgante del consentimiento y lugar y fecha en que se emite. Ejemplo: Firma

2430-009-011



ANEXO 8

**“Carta de consentimiento informado para donación de sangre o componentes
sanguíneos”**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
8	Médico tratante	El nombre completo del Médico Responsable de la atención médica al donante, así como su matrícula institucional y firma. Ejemplo: Gómez Hernández Luis 11465678 Firma



ANEXO 9

**Carta de consentimiento informado para la donación autóloga
2430-009-012**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN AUTÓLOGA

BANCO DE SANGRE (Nombre y tipo con el que se identifica)		DOMICILIO (Calle, No., Colonia, Alcaldía, Código Postal y Entidad Federativa)	
1 DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		SEXO	EDAD (AÑOS)
DOMICILIO		OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL
DIAGNÓSTICO		DEPARTAMENTO CLÍNICO DE ENVÍO	
PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN AUTÓLOGA A EFECTUARSE:			
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2		BENEFICIOS: 3	
POSIBLES RIESGOS: 4		EFECTOS ADVERSOS: 5	
6 PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE			
MÉTODO DE COLECTA:	VOLUMEN A OBTENERSE:	SOLUCIONES O FÁRMACOS:	
POSIBLES REACCIONES O EFECTOS ADVERSOS DE LAS SOLUCIONES O FÁRMACOS A UTILIZARSE:			
ANALÍTICAS QUE SE REALIZARÁN PARA DETECTAR ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN:			
7			
Yo _____ declaro que:			
NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO (DEL PACIENTE)			
HE RECIBIDO INFORMACIÓN A MI ENTERA SATISFACCIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN AUTÓLOGA, SOBRE SUS BENEFICIOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS. LA INFORMACIÓN QUE HE APORTADO ES, A MI JUICIO, VERAZ Y SINCERA.			
HE LEIDO Y ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN Y MATERIAL EDUCATIVO QUE SE ME HA PROPORCIONADO. SE ME INFORMÓ QUE TRAS CONCLUIR EL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE SANGRE O COMPONENTE ME SERÁ ENTREGADO EL DOCUMENTO "CUIDADOS Y RECOMENDACIONES A SEGUIR DESPUÉS DE LA DONACIÓN DE SANGRE" EN EL CUAL EXPLICA LOS CUIDADOS QUE DEBERÉ SEGUIR.			
SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y FUERON CONTESTADAS POR UN PROFESIONAL CAPACITADO.			
SE ME HA INFORMADO QUE EL PROCEDIMIENTO REPRESENTA RIESGOS, SIENDO ALGUNOS DE LOS MÁS FRECUENTES: MAREOS, NAUSEAS ENTRE OTROS Y QUE EL PERSONAL DEL BANCO DE SANGRE SE ENCUENTRA CAPACITADO PARA ATENDERME.			
SE ME HA INFORMADO SOBRE LA POSIBILIDAD QUE SE REQUIERA EL USO DE SANGRE Y/O COMPONENTES SANGUÍNEOS DURANTE MI MANEJO DE DONACIÓN AUTÓLOGA.			
ACEPTO MI RESPONSABILIDAD POR LAS OMISIONES DE LA INFORMACIÓN INCORRECTA QUE HUBIERA PROPORCIONADO.			
ESTOY DE ACUERDO EN QUE SE REALICEN LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN (POR EJ. HEPATITIS, INFECCIÓN POR VIH, ETC.) Y QUE, DE RESULTAR ANORMALES, SERÉ NOTIFICADO PERSONALMENTE O SERÁ NOTIFICADA LA PERSONA A QUIEN DESIGNE PARA ELLO Y LA SANGRE RECOLECTADA NO TENDRÁ USO TERAPEUTICO.			
POR PROPIA VOLUNTAD Y A TÍTULO GRATUITO, CONSIENTO EL PROCEDIMIENTO Y AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD PARA ATENDER LAS CONTINGENCIAS DERIVADAS DEL ACTO AUTORIZADO, ATENDIENDO EL PRINCIPIO DE AUTORIDAD PRESCRIPTIVA.			
8			
LUGAR Y FECHA (DÍA, MES Y AÑO)			
9 FIRMA O HUELLA DACTILAR			
SI ACEPTO		NO ACEPTO	
10 MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE COMPLETO	MATRÍCULA	FIRMA	

2430-009-012



ANEXO 9
“Carta de consentimiento informado para la donación autóloga”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Banco Central de Sangre CMN “La Raza” Tipo A.
	Domicilio	La calle, número, colonia, Alcaldía o municipio, código postal y entidad federativa en la que se ubica el Banco de Sangre. Ejemplo: Av. Jacarandas s/n, Col. La Raza, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 02990, Distrito Federal.
1	Datos del paciente Nombre (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))	El nombre completo del donante iniciando por el apellido paterno, seguido del materno y el nombre, el dato deberá transcribirse de la identificación con la que se presenta el mismo. Ejemplo: Lugo González Jorge.
	Sexo	En el espacio correspondiente el género del donante. Ejemplo: Hombre
	Edad (años)	La edad del donador, expresada en años y sin decimales, en el momento que el donante se presenta al Banco de Sangre. Ejemplo: 28 años.
	Domicilio	La calle, número, colonia, Alcaldía o municipio, código postal y entidad federativa en la que se ubica el domicilio del donante. Ejemplo: Portales 109-204 El Cortijo, Tlalnepantla, Estado de México. CP. 54070

2430-009-012



ANEXO 9
“Carta de consentimiento informado para la donación autóloga”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Ocupación	La ocupación del donante al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Chofer
	Estado civil	El estado civil del donante, al momento de presentarse al Banco de Sangre. Ejemplo: Soltero
	Diagnóstico	El(os) diagnóstico(s) definitivo(s) o de presunción realizados al paciente. Ejemplo: Tumor renal.
	Departamento clínico de envío	El Departamento o Servicio Clínico de envío. Ejemplo: Nefrología.
	Procedimiento de donación autóloga a efectuarse	El tipo de donación autóloga que se planea realizar. Ejemplo: Donación autóloga de depósito previo.
2	Objetivo del procedimiento	El motivo por el cual se ha optado optar en el paciente por un procedimiento de donación autóloga. Ejemplo: Contar con componentes sanguíneos debido a riesgo de pérdida mayor al 20% de volumen sanguíneo durante procedimiento quirúrgico programado.
3	Beneficios	Los beneficios para el paciente que se pretenden obtener con el procedimiento de donación autóloga. Ejemplo: Eliminar riesgos de reacciones transfusionales y aloinmunización.
4	Posibles riesgos	Los posibles riesgos asociados con el procedimiento de donación autóloga a practicar. Ejemplo: Reacción vasovagal o por venopunción

2430-009-012



ANEXO 9
“Carta de consentimiento informado para la donación autóloga”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
5	Efectos adversos	<p>Los efectos adversos que pueden presentarse al realizar el procedimiento de donación autóloga a practicar.</p> <p>Ejemplo: Reacción de toxicidad al citrato.</p>
6	<p>Procedimiento a efectuarse Método de colecta</p>	<p>El método mediante el cual se obtendrá la sangre o componente sanguíneo.</p> <p>Ejemplo: Aféresis plaquetaria.</p>
	Volumen a obtenerse	<p>El volumen sanguíneo, expresado en mililitros, que se planea obtener del paciente.</p> <p>Ejemplo: 300 ml.</p>
	Soluciones o fármacos	<p>La solución, o en su caso, fármaco que se utilizará en el proceso de obtención de sangre o componente sanguíneo del paciente.</p> <p>Ejemplo: Citrato.</p>
	Posibles reacciones o efectos adversos de las soluciones o fármacos a utilizarse	<p>Las posibles reacciones o efectos adversos que pueden presentarse con el uso de las soluciones o fármacos a utilizarse.</p> <p>Ejemplo: fatiga, ansiedad, espasmos musculares, laringoespasma, broncoespasma, convulsiones.</p>
	<p>Analíticas que se realizarán para detectar enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión</p>	<p>El o los exámenes de laboratorio que se realizarán con el propósito de identificar infecciones que se transmiten mediante la transfusión.</p> <p>Ejemplo: Serología y ácidos nucleicos: HIV, Hepatitis B y C.</p>



ANEXO 9
“Carta de consentimiento informado para la donación autóloga”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
7	Yo _____ declaro que: NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO (DEL DONANTE)	El nombre completo del donante, empezando por el o los nombre(s), seguido de apellidos. Ejemplo: Jorge Lugo González.
8	Lugar y fecha (día, mes y año)	El municipio o alcaldía, seguido de la entidad federativa, así como el día, mes y año correspondientes a la fecha en que se consiente la donación de sangre, para el caso del día y el años en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda, escribir el mes correspondiente. Ejemplo: Cuauhtémoc, Ciudad de México a 20 de febrero de 2019.
9	Firma o huella dactilar	La firma, o en su caso, la huella dactilar del paciente en el espacio correspondiente de aceptar o no el procedimiento. Para aquellos casos en los que el paciente sea menor de edad, o incapaces de otorgar el consentimiento, se deberá incluir: el nombre, sexo, edad, domicilio, ocupación y estado civil de quien otorga el consentimiento, el vínculo con el paciente que le permite ejercer tal derecho y la causa por la que lo ejerce, así como la firma o huella del otorgante del consentimiento y lugar y fecha en que se emite. Ejemplo: Firma
10	Médico tratante	El nombre completo del Médico Responsable de la atención médica al donante, así como su matrícula institucional y firma. Ejemplo: Gómez Hernández Luis 11465678 Firma

2430-009-012



ANEXO 10

**Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y
tubos de muestras
2430-005-036**



ANEXO 10

“Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y tubos de muestras”

Para Donantes de Sangre Total

1. Solicitar al donante que coloque el dedo en el lector de huella.
2. Imprimir las etiquetas en el siguiente orden:
 - a. Colación
 - b. Certificado de Donación
 - c. Unidad
 - d. Autoexclusión
 - e. NAT
 - f. Serología
 - g. Serología
 - h. Grupo y Rh
 - i. Crioprecipitados
 - j. Concentrado Plaquetario
 - k. Plasma
 - l. Concentrado Eritrocitario
3. Las etiquetas de colación y certificado de donación se entregan al terminar la flebotomía.
4. La etiqueta de Unidad se pega en el Formato FBS-1 clave 2430-009-003 en el extremo superior derecho, en el apartado Unidad: _____ como se observa en la siguiente figura:



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Delegación No.2 Noreste del Distrito Federal
Centro Médico Nacional "La Raza"
BANCO CENTRAL DE SANGRE
Av. Jacarandas y Serio S/N Col. La Raza C.P. 02000 México, D.F.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
 UNIDAD

INO: 309

Código Donador: 2094334 **Numero de Biometria: 183408601**
Nombre Completo: APONTE QUIROZ EDGAR YOSEF
 Sexo : M Fecha: 03/07/2019 10:13:25 hrs. DOORNALES
 Doc. Identificación : IFE 1735763325
 Fecha Nacimiento : 05/09/1997
 Años : 21
 Lugar : GUSTAVO A. MADERO, DISTRITO FEDERAL
 Profesión : Empleado
 Escolaridad : Bachillerato
 Estado Civil : SOLTERO(A)
 Lugar de Trabajo :
 Domicilio de Casa : CALLE EDIF 45 EXT. 1 INT. 202 COL. LINDAVISTA VALLEJO
 Telefono Particular 4 520778854
 Telefono Celular : 86550303
 Tel. de referencia :
 Correo electronico :
 Parentesco : AMISTAD
 Donacion : Familiar o de esposi - SANGRE TOTAL

FAMILIAR Datos del Receptor
 Nombre Completo Receptor: AYALA LOPRE RAQUEL CRISTINA
 Numero : 1664605
 Hospital : HGB D2 GUSTAVO BAZ
 Servicio : CIRUGIA GENERAL

Resultados del Donador
 Gpo & RH:
 Ac. T Pálidum :
 Ag. HBs :
 Ac. HVC :
 Ac. VIH :
 Ac. CHAGAS :
 NAT ULTRIO :

2430-005-036



ANEXO 10

“Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y tubos de muestras”

5. La etiqueta de Autoexclusión se pega en el formato de “Cuestionario de auto-exclusión FBS-12”, clave 2430-022-015, como se observa en la siguiente figura:



6. La etiqueta de NAT, dos de serología y grupo y Rh se etiquetan en el tubo correspondiente como se muestra en la siguiente figura:



2430-005-036

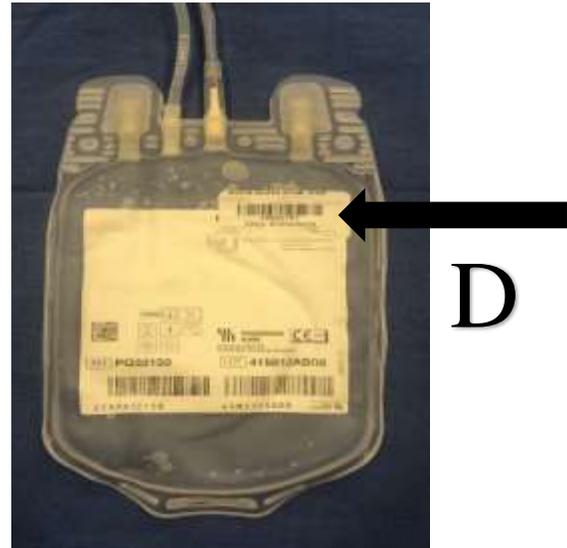
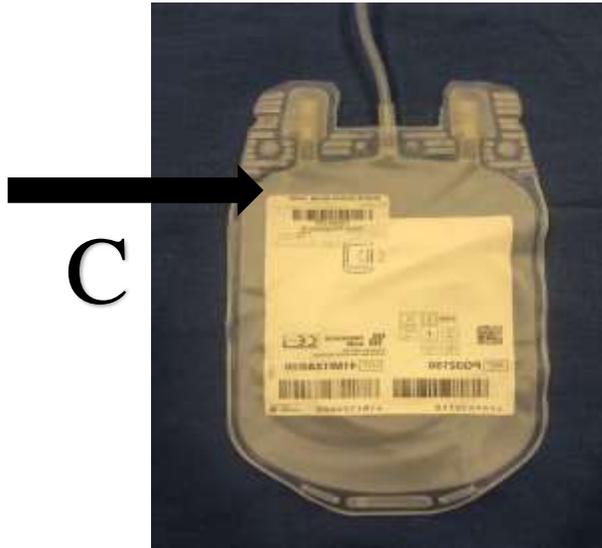
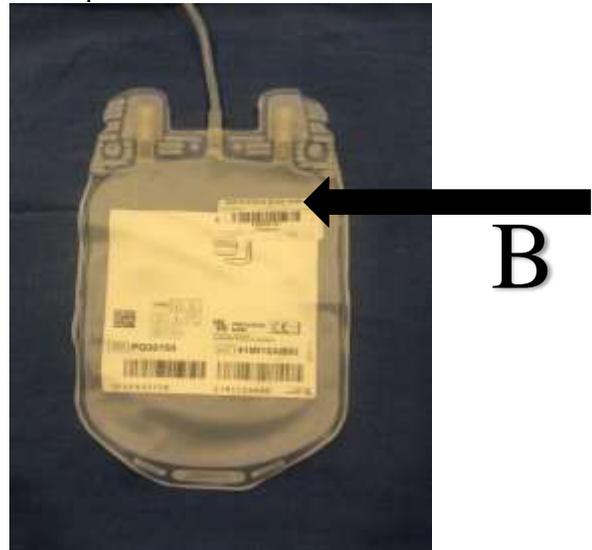
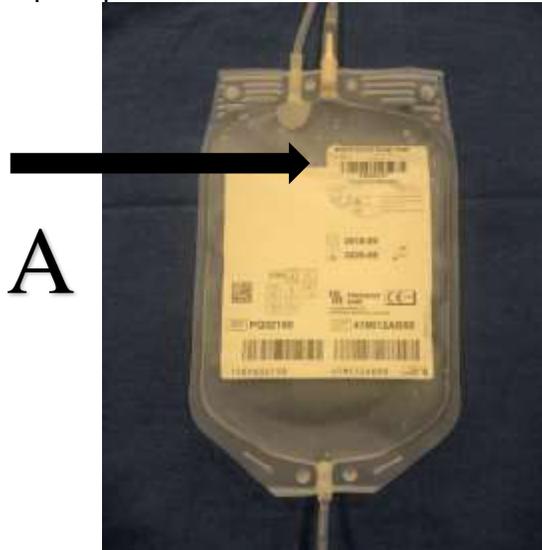


ANEXO 10

“Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y tubos de muestras”

7. Las etiquetas de las bolsas se colocan como a continuación se muestra en la figura:

A. Crioprecipitado, B. Plasma, C. Concentrado Plaquetario, D. Concentrado Eritrocitario





ANEXO 10

“Instrucciones para el etiquetado de bolsas de componentes sanguíneos y tubos de muestras”

Para Donantes de Aféresis

1. Solicitar al donante que coloque el dedo en el lector de huella.
2. Imprimir las etiquetas en el siguiente orden:
 - a) Colación
 - b) Certificado de Donación
 - c) Unidad
 - d) Autoexclusión
 - e) NAT
 - f) Serología
 - g) Serología
 - h) Grupo y Rh
 - i) Plaquetas A y B (en caso de ser dobles)
 - j) Plaquetas 2 etiquetas (en caso de ser sencillas)
3. Seguir los pasos de 3 a 6 de donantes de Sangre Total.
4. Etiquetar en las bolsas de aféresis como se muestra en la figura:



2430-005-036



ANEXO 11

**Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria
2430-009-013**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO DE AFÉRESIS PLAQUETARIA

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	FECHA ____/____/____ DIA MES AAAA
-----------------------------	---

1 DATOS DEL DONADOR

NOMBRE:	Número de identificación		
Grupo sanguíneo (ABO / Rh):	Edad:	Peso:	Estatura: Sexo
Hematocrito:	Plaquetas:	Volemia:	Tipo de donación:
Número de máquina:			

2 SIGNOS VITALES

	BASAL	30 MINUTOS	60 MINUTOS	90 MINUTOS	120 MINUTOS
TENSIÓN ARTERIAL					
FRECUENCIA CARDIACA					
FRECUENCIA RESPIRATORIA					
TEMPERATURA					

3 DATOS DEL PROCESO

	PRE		POST	
Hora	INICIO		TERMINO	
ACD utilizado				ml
Sol. Fisiológica usada				ml
Líquido de almacenamiento o volumen plaquetario				ml
ACD en líquido de almacenamiento o plaquetas				ml
Volumen plaquetario medio (VPM)		fl		fl
Cuenta de plaquetas		ml		ml
Hematocrito		%		%

TOTALES 4

Duración de la recolección	Sangre extraída
Cosecha estimada	Volumen procesado

5 ALARMAS

DESCRIPCIÓN DE LAS ALARMAS

5 ALARMAS	DESCRIPCIÓN DE LAS ALARMAS

OBSERVACIONES Y NOTAS

6

--

ENFERMERA RESPONSABLE

7

MÉDICO RESPONSABLE

8

Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma
-----------------	-----------	-------	-----------------	-----------	-------

2430-009-013



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se recibe el procedimiento, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2019.
1	Datos del donador	
	Nombre	El nombre completo del donador al que se efectúa la aféresis, iniciando por los apellidos paterno y materno, seguido del nombre o nombres. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
	Número de identificación	El número progresivo que asigna el Banco de Sangre al donador. Ejemplo: 10018969
	Grupo sanguíneo ABO/Rh	El grupo sanguíneo del sistema ABO y del sistema Rh que corresponde al donador. Ejemplo: A Rh Positivo
	Edad	Los años cumplidos del donante, al momento de presentarse al proceso de aféresis. Ejemplo: 38
	Peso	El peso del donante medido con una báscula y expresado en kilogramos y sus fracciones en gramos. Ejemplo: 76.615



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Estatura	La estatura del donante expresada en metro con su fracción en centímetros. Ejemplo: 1.65
	Sexo	El sexo (género) del(a) donante que se presenta al Banco de Sangre. Ejemplo: Hombre
	Hematocrito	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje. Ejemplo: 47
	Plaquetas	La cuenta de plaquetas en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 278000
	Volemia	El volumen sanguíneo circulante del donador, expresado en mililitros. Ejemplo: 5680
	Tipo de donación	El Tipo de donación a efectuarse: dirigida o altruista. Ejemplo: Dirigida.
	Número de máquina	El número de máquina de aféresis asignada por el Banco de Sangre para su identificación. Ejemplo: 2008-034.
2	Signos vitales*	*Los signos vitales deben de ser evaluados cada 30 minutos, se registrará de la siguiente forma: a) Basal (minuto 0). b) Minuto 30. c) Minuto 60. d) Minuto 90. e) Minuto 120.



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Tensión arterial	La tensión arterial sistólica y diastólica del donante evaluada con el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, y medida en milímetros de mercurio mm/Hg. Expresar en el siguiente orden: presión arterial sistólica / presión arterial diastólica Ejemplo: 110 / 70.
	Frecuencia cardiaca	El número de latidos cardiacos auscultados durante un minuto de exploración. Ejemplo: 69.
	Frecuencia respiratoria	El número de ventilaciones observadas durante un minuto. Ejemplo: 16
	Temperatura	El grado de calor del donante evaluado con un termómetro y medido en grados Celsius. Ejemplo: 36.8°C
3	Datos del proceso	
	Hora de inicio del proceso	La hora expresada en hora y minutos en que inicia el proceso; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 09:55.
	Hora de término del proceso	La hora expresada en hora y minutos en que finaliza el proceso; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 11:43.
	ACD utilizado	La cantidad de ACD utilizado en el procedimiento expresado en mililitros. Ejemplo: 310.



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Sol. Fisiológica usada	La cantidad de solución fisiológica utilizada en el procedimiento expresado en mililitros. Ejemplo: 430.
	Líquido de almacenamiento o volumen plaquetario	La cantidad de líquido de almacenamiento utilizado en el procedimiento, expresado en mililitros. Ejemplo: 325.
	ACD en líquido de almacenamiento o plaquetas	La cantidad de ACD contenido en el líquido de almacenamiento expresado en mililitros. Ejemplo: 52.
	Volumen plaquetario medio (VPM)*	El volumen plaquetario medio desde el inicio del procedimiento, expresado en fentolitros. Ejemplo: 6.
	Cuenta plaquetaria*	La cantidad de plaquetas contenidas en la sangre del donador expresada en mililitros. Ejemplo: 310.
	Hematocrito*	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje. Ejemplo: 42. *Estos datos se deberán consignar al inicio y al final del proceso.
4	Totales	
	Duración de la recolección	El tiempo transcurrido entre el inicio y final del procedimiento y expresado en minutos. Ejemplo: 83

2430-009-013



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Cosecha estimada	La cantidad de plaquetas obtenidas en cada bolsa. Ejemplo: 6.6.
	Volumen procesado	La cantidad de sangre del donador que pasa por la máquina desde el inicio del procedimiento, expresada en mililitros. Ejemplo: 4500.
	Sangre extraída	Cantidad de sangre extraída del donador desde el inicio del procedimiento, expresada en mililitros. Ejemplo: 4450.
5	Alarmas	El tipo de alarma que presentó la máquina de Aféresis durante el procedimiento. Ejemplo: Bajo flujo.
	Descripción de las alarmas	La descripción de las alarmas que presento la máquina de Aféresis durante el procedimiento. Ejemplo: Venas delgadas.
6	Observaciones y Notas	Cualquier información de relevancia y que no se encuentre consignada en los datos previos.
7	Enfermera Responsable	
	Nombre	El nombre completo, matrícula y firma de la enfermera responsable del procedimiento. Ejemplo: Josefina Lugo Valencia. 11785674 Firma



ANEXO 11
“Parámetros de control del proceso de aféresis plaquetaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
8	Médico Responsable	
	Nombre	El nombre completo, matrícula y firma del médico responsable de ejecutar el procedimiento. Ejemplo: Hernández López Patricia. 11046465. Firma



ANEXO 12

**Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria
2430-009-014**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO DE AFÉRESIS ERITROCITARIA

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	FECHA ____/____/____ DIA MES AAAA
-----------------------------	---

1

DATOS DEL DONADOR				
NOMBRE:			Número de identificación	
Grupo sanguíneo (ABO / Rh):	Edad:	Peso:	Estatura:	Sexo
Hematocrito:	Plaquetas:	Volemia:	Tipo de donación:	
Número de máquina:				

2

SIGNOS VITALES		
	BASAL	FINAL
TENSIÓN ARTERIAL		
FRECUENCIA CARDIACA		
FRECUENCIA RESPIRATORIA		
TEMPERATURA		

3

4

RESUMEN DEL PROCESO		RESULTADOS POST-AFERESIS	
Hora de inicio		Hora de termino	
Duración de la recolección	minutos	Hematocrito	%
Vol. sanguíneo procesado	ml	Hemoglobina	g/dl
Total de sol. fisiológica usada	ml	Otros:	
ACD utilizado	ml		
ADSOL utilizado	ml		

5

RESULTADOS DE LOS PRODUCTOS			
	UNIDAD A		UNIDAD B
Volumen		ml	ml
ACD en producto		ml	ml
ADSOL en producto		ml	ml

6

ALARMAS	DESCRIPCIÓN DE LAS ALARMAS

7

OBSERVACIONES Y NOTAS

8

9

ENFERMERA RESPONSABLE			MÉDICO RESPONSABLE		
Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se recibe el procedimiento, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2019.
1	Datos del donador	
	Nombre	El nombre completo del donador al que se efectúa la aféresis, iniciando por los apellidos paterno y materno, seguido del nombre o nombres. Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
	Número de identificación	El número progresivo que asigna el Banco de Sangre al donador. Ejemplo: 10018969.
	Grupo sanguíneo ABO/Rh	El grupo sanguíneo del sistema ABO y del sistema Rh que corresponde al donador. Ejemplo: A Rh positivo.
	Edad	Los años cumplidos del donante, al momento de presentarse al procedimiento de aféresis. Ejemplo: 38.
	Peso	El peso del donante medido con una báscula y expresado en kilogramos y sus fracciones en gramos. Ejemplo: 76.615.

2430-009-014



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Estatura	La estatura del donante expresada en metros con su fracción en centímetros. Ejemplo: 1.65
	Sexo	El sexo (género) del(a) donante que se presenta al Banco de Sangre. Ejemplo: Hombre.
	Hematocrito	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje. Ejemplo: 47.
	Plaquetas	La cuenta de plaquetas en la sangre del donador por milímetro cúbico. Ejemplo: 278000
	Volemia	El volumen sanguíneo circulante del donador, expresado en mililitros. Ejemplo: 5680
	Tipo de donación	El tipo de donación a efectuarse: dirigida o altruista. Ejemplo: Dirigida.
	Número de máquina	El número o clave asignados por el Banco de Sangre a la máquina de aféresis eritrocitaria. Ejemplo: 2008-035A
2	Signos vitales*	*Los signos vitales deben de ser evaluados en dos momentos, antes de iniciar el procedimiento y tras finalizar el mismo.

2430-009-014



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Tensión arterial	La tensión arterial sistólica y diastólica del donante evaluada con el uso de esfigmomanómetro y estetoscopio, y medida en milímetros de mercurio mm/Hg. Expresar en el siguiente orden: presión arterial sistólica / presión arterial diastólica Ejemplo: 110 / 70.
	Frecuencia cardiaca	El número de latidos cardiacos auscultados durante un minuto de exploración. Ejemplo: 69.
	Frecuencia respiratoria	El número de ventilaciones observadas durante un minuto. Ejemplo: 16.
	Temperatura	El grado de calor del donante evaluado con un termómetro y medido en grados Celsius. Ejemplo: 36.8°C.
3	Resumen del proceso	
	Hora de inicio	La hora expresado en hora y minutos en que inicia el proceso; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 09:55.
	Duración de la recolección	El tiempo de duración del procedimiento, expresado en minutos. Ejemplo: 28 minutos.
	Volumen sanguíneo procesado	El volumen sanguíneo total procesado. Ejemplo: 4524.



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Sol. Fisiológica usada	La cantidad de solución fisiológica utilizada en el procedimiento expresado en mililitros. Ejemplo: 450.
	ACD utilizado	La cantidad de ACD utilizado en el procedimiento expresado en mililitros. Ejemplo: 450.
	ADSOL utilizado	La cantidad de ADSOL (solución aditiva utilizada) en el procedimiento expresado en mililitros. Ejemplo: 200.
4	Resultados post-aféresis	
	Hora de termino	La hora expresado en hora y minutos en que finaliza el proceso; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 11:43.
	Hematocrito	El valor del hematocrito en la sangre del donador expresado en porcentaje después del proceso. Ejemplo: 45.
	Hemoglobina	La concentración de hemoglobina del donador después del proceso expresada en gramos por decilitro. Ejemplo: 12.9.
	Otros	Cualquier información de relevancia posterior al proceso y que no se encuentre consignada en los datos previos.



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
5	Resultados de los productos*	*Cada uno de los datos solicitados para la Unidad A y para la Unidad B.
	Volumen*	El volumen total de la unidad expresado en mililitros. Ejemplo: 450 ml.
	ACD en producto*	La cantidad total de ACD contenido en la unidad y expresado en mililitros. Ejemplo: 5.
	ADSOL en producto*	La cantidad total de ADSOL contenido en la unidad y expresado en mililitros. Ejemplo: 100.
6	Alarmas	El tipo de alarma que presentó la máquina de Aféresis durante el procedimiento. Ejemplo: Flujo insuficiente.
	Descripción de las alarmas	La descripción de las alarmas que presento la máquina de Aféresis durante el procedimiento. Ejemplo: Reacción al ACD.
7	Observaciones y Notas	Cualquier información de relevancia y que no se encuentre consignada en los datos previos.
8	Enfermera Responsable	
	Nombre	Nombre y apellidos de la enfermera responsable del procedimiento. Ejemplo: Josefina Lugo Valencia.
	Matricula	Matricula de la enfermera responsable del procedimiento. Ejemplo: 11785674.

2430-009-014



ANEXO 12
“Parámetros de control del proceso de aféresis eritrocitaria”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Firma	Firma de la enfermera responsable del procedimiento.
9	Médico Responsable	
	Nombre	Nombre y apellidos del médico responsable de ejecutar el procedimiento. Ejemplo: Patricia Hernández López.
	Matricula	Matricula del médico responsable de ejecutar el procedimiento. Ejemplo: 11046465.
	Firma	Firma del médico responsable de ejecutar el procedimiento.

2430-009-014



ANEXO 13

**Instructivo para el manejo de las posibles complicaciones
derivadas de la donación
2430-005-003**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA
DONACIÓN**

La donación de sangre es un procedimiento habitualmente sencillo y seguro. No obstante, pueden ocurrir reacciones adversas a la donación (RAD) que en general son leves, encontrándose valores que oscilan entre un 2 al 4% del total de las donaciones. Estas complicaciones las puede presentar cualquier donante, aunque son más propensos los jóvenes, aquellos que donan por primera vez, contar con un índice de masa corporal bajo y los que presentan taquicardias e hipotensión arterial antes y después de la donación. Otros factores asociados que incrementan la posibilidad de presentarse una reacción adversa son: miedo, ansiedad y la falta de información. Por estos motivos, es necesario implementar un plan de cuidados que sea aplicado desde la recepción del donador hasta el término del proceso. También tienen importancia los factores ambientales y locales, la experiencia de quien realiza la flebotomía, el tiempo de espera y el estado anímico del donante. El donante suele recuperarse rápidamente después de presentar una RAD y por lo general no se presentan secuelas.

Las complicaciones de la donación pueden presentarse en cualquier momento del proceso de la donación:

- Durante la toma de muestra antes de la extracción de sangre (pre-donación). La reacción vaso-vagal es frecuente en este momento, con un inicio repentino de signos y síntomas.
- Durante la donación, en el Área de Sangrado. Los síntomas se presentan comúnmente al finalizar la flebotomía o casi al terminar.
- Después de la donación (post-donación), en el área de refrigerio o comedor, según el caso.

Definiciones

Accidente: un evento inesperado o no planeado no atribuible al desvío del Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE).

Error: un desvío inesperado o no planeado del POE que es atribuible a un problema humano o del sistema.

Evento adverso: Daño resultado de la atención y no por las condiciones basales del paciente. La Organización Mundial de la Salud considera un evento adverso como un daño asociado a la atención sanitaria: daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de la asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente.

Hemovigilancia. Conjunto de procedimientos organizados para dar seguimiento a los efectos o reacciones adversas o inesperadas que se manifiestan en los donantes o en los receptores, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia.

2430-005-003



Incidente: Accidente o error que puede ocasionar un resultado adverso, que puede afectar:
a) la seguridad, eficacia o calidad de la sangre o su componente sanguíneos; o b) la seguridad del receptor.

Reacción adversa: Respuesta inesperada en el donador o paciente asociada con la colección o transfusión de sangre o sus fracciones.

Clasificación: De acuerdo a la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y a la Red de Hemovigilancia Europea ISBT/EHN versión 2008, las complicaciones durante la donación se clasifican en cuatro categorías:

- A.** Complicaciones con síntomas localizados.
 - A1.** Complicaciones por la extravasación de sangre:
Hematoma, Punción Arterial y Sangrado.
 - A2.** Complicaciones caracterizadas por dolor.
Irritación del nervio, Lesión Directa del nervio, lesión del tendón y dolor de brazo.
 - A3.** Otras complicaciones con síntomas locales.
Tromboflebitis y reacción alérgica (local).
- B.** Complicaciones con síntomas generalizados.
- C.** Complicaciones relacionadas con aféresis.
- D.** Otras complicaciones.

Otras clasificaciones empleadas frecuentemente, utilizan criterios de gravedad e imputabilidad:

De acuerdo a la gravedad	De acuerdo a la imputabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • Se dividen en graves y no graves <ul style="list-style-type: none"> • Graves: <ul style="list-style-type: none"> 0: No signos o síntomas. 1: Signos inmediatos sin riesgo de perder la vida y completa resolución. 2: Signos inmediatos con riesgo de perder la vida. 3: Morbilidad a largo plazo. 4: Muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • III. Definitivo. Cuando existe evidencia concluyente. • II. Muy probable. • I Probable. Cuando la evidencia establece relación a favor. • No valorable. • 0 Improbable. Cuando la evidencia de adjudica claramente a otras causas. • 0 Excluyente. Cuando existe evidencia concluyente de que la complicación es atribuible a otras causas.

La reacción vaso-vagal es la reacción adversa más frecuente y se ha informado su presencia hasta en el 1 al 2% de los donantes, representa casi la mitad de todas las reacciones adversas.



El personal asignado al Área de Sangrado, ante cualquier síntoma adverso a la donación, debe de tomar la decisión de continuar con el sangrado o desconectar al donador para evitar ponerlo en riesgo y disminuir al máximo las posibilidades de que existan secuelas.

Si el personal de salud brinda al donador confianza y seguridad durante todo el proceso de donación, minimizará el riesgo de presentar cualquier tipo de reacción, pero sobretodo, favorecerá su regreso para donar en forma voluntaria o altruista.

No.	INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS	MANEJO GENERAL DE LOS INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS
1. REACCIÓN VASO-VAGAL CON O SIN SÍNCOPE	<p>Presenta como principales manifestaciones:</p> <p>a) Sin síncope</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperventilación, • Taquipnea, • Hipotermia (piel fría), • Hipotensión arterial (la sistólica desciende de los 90 mm Hg y la diastólica baja hasta 50 mm Hg) • Disminución del pulso (disminución entre 40 y 50 latidos/min). • Temblor • Ansiedad <p>b) Con síncope</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mareo, • Náusea, • Sudoración, • Palidez, • Lipotimia, • Compromiso de la conciencia, • Convulsiones y • Relajación involuntaria de esfínteres. 	<p>Al primer signo de reacción durante el proceso de extracción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detener la extracción sanguínea, quitar el torniquete y retirar la aguja del brazo del donador. • Si no hay recuperación inmediata y hay pérdida del conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Poner al donante en decúbito dorsal (supino) y elevar las piernas sobre el nivel de la cabeza, aflojar la ropa (cinturón, pantalón). ○ Verificar que las vías aéreas estén permeables. ○ Tranquilizar al donante por técnica de distracción, haciéndolo hablar e indicándole que lo que le ocurre no es grave y que rápidamente se sentirá mejor. • Vigilar hasta observar una completa recuperación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presión arterial, ○ Pulso y ○ Frecuencia respiratoria, • Para la hiperventilación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hacer que el donador respire dentro de una bolsa de papel. ○ Tranquilizar al donante antes, durante y después, para inducir a una respiración normal. • Para las náuseas y vómito: <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar al donador en la posición más cómoda posible. ○ Decir al donador que respire en forma lenta y profunda ○ Rotar la cabeza hacia un costado de modo de evitar la aspiración de contenido gástrico ○ Proveer al donante de una bolsa o un recipiente por si vomita y toallas de papel húmedas. ○ Cuando deje de vomitar, ofrézcale un vaso de agua para que se enjuague la boca, una vez desaparecidas las náuseas. • Valorar la ingesta de líquidos o Aplicar solución fisiológica al 0.9%, si hay hipotensión prolongada, previa valoración médica.



No.	INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS	MANEJO GENERAL DE LOS INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS
2. HEMATOMA	<p>Hemorragia subcutánea extendida, de color variable desde rojo azulado, verdoso a amarillo, según evolución en el tiempo.</p> <p>Son frecuentes, en la donación, tanto la equimosis como el hematoma, pueden ser provocados por una punción fallida, por una insuficiente de compresión post donación, por esfuerzo precoz de la extremidad puncionada y por traumatismo post donación.</p> <p>La mayor preocupación del donador es cuando hay dolor e inflamación en el brazo. Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada selección de las venas del donante. • Personal capacitado en técnicas de punción. • Compresión adecuada del sitio de punción. • Evitar esfuerzo del brazo puncionado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar del punto de punción: <ul style="list-style-type: none"> ○ Decirle al paciente que presione el punto de punción tras la retirada de la aguja. • El control del hematoma generalmente se logra haciendo presión. <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar un vendaje compresivo. ○ Colocar hielo local en caso de punción fallida y producirse extravasación sanguínea durante las primeras 24 horas. ○ Después de este tiempo, aplicar calor local en caso de hematoma para acelerar el proceso reparativo. ○ Indicar al donador que siga las instrucciones que se le dan para evitar que el hematoma crezca y se convierta en una equimosis de todo el brazo.
3. PUNCIÓN ARTERIAL	<p>Evento raro, pero grave, sin embargo se reconoce inmediatamente por la salida de la sangre a presión de color rojo vivo y la bolsa se llena rápidamente.</p> <p>Una donación rápida por punción arterial, puede producir un desmayo al disminuir bruscamente la presión.</p> <p>El donador presenta dolor severo inicial en el sitio de punción.</p> <p>Si no se atiende inmediatamente puede complicarse con fístula una arterio-venosa y síndrome compartamental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detener inmediatamente el procedimiento de donación, para no dejar secuelas, • Levantar el brazo en posición vertical y aplicar presión sobre el sitio de la punción. • Realizar una compresión en el sitio de la punción, por lo menos 10 minutos (Esta presión debe efectuarla quien atiende al donante y no el mismo). • Pasado este tiempo el brazo debe mantenerse en reposo en posición horizontal. • Colocar vendaje compresivo y advertir al donante de no realizar esfuerzos bruscos con el brazo. • Asegurarse que el donante descanse el tiempo necesario para evitar un desmayo.
4. LESIÓN DE NERVIOS	<p>Durante la punción, la aguja puede lesionar los nervios mediano y cubital.</p> <p>La sintomatología va desde dolor intenso, como sensación de corriente eléctrica en la extremidad, asociada a parestesias y disminución de la fuerza, presentándose desde el primer día de la donación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extraer la aguja. • Colocar un vendaje compresivo en el sitio de la punción. • Tranquilizar al donante, explicándole que el síntoma es temporal, comentar lo ocurrido. • Solicitar la valoración del Médico responsable del Banco de Sangre o enviarlo al Servicio de Urgencias. • Dejar en reposo la extremidad para disminuir la molestia. • Si la sintomatología persiste tras 48 horas, informarle que acuda con el Médico responsable del Banco de Sangre para su valoración. • Este tipo de incidente, amerita el control posterior y eventual evaluación por un especialista.

2430-005-003



No.	INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS	MANEJO GENERAL DE LOS INCIDENTES Y REACCIONES ADVERSAS
5. TRAUMATISMOS	<p>Se consideran traumatismos en general a todas las lesiones internas o externas, provocadas por la acción de agentes físicos o mecánicos externos.</p> <p>La caída de un donante puede provocar desde traumatismos leves a severos, incluyendo un traumatismo craneo-encefálico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depende del tipo de traumatismo. • Todo traumatismo craneo-encefálico debe ser evaluado por el Médico responsable del Banco de Sangre y si el caso lo requiere ser atendido en el Servicio de Urgencias. <p>Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar atención personalizada, hasta el término de la donación. • Adecuada hidratación pre y post donación. • Reposo suficiente post donación, a lo menos 15 minutos. • Enfatizar las recomendaciones post donación que hacen referencia a evitar ejercicios de esfuerzo y riesgos de caídas.

- Ante cualquier reacción que no ceda en pocos minutos o sea muy intensa, se debe avisar al Médico responsable del Banco de Sangre. En su ausencia, se avisará o se referirá al Médico del Servicio de Urgencias.
- Todas las reacciones adversas a la donación deben ser registradas en la “Historia clínica para la selección del donante FBS-1” 2430-009-010, con una indicación clara si la persona es o no apta para una próxima donación.
- Si la reacción es leve y cede rápido, no constituye contraindicación para la próxima donación, pero si se trata de molestias mayores y de lenta recuperación, aun estando recostado, es aconsejable que no vuelva a donar.
- Todo Banco de Sangre deberá llevar una bitácora que cuente con el registro diario del número y tipo de reacción adversa a la donación.

Medidas generales para la prevención de las reacciones adversas.

- El ambiente debe ser agradable, bien ventilado e iluminado.
- Durante el acto de la donación, la persona responsable del donante debe ser cortés y comunicativo. En caso que el donante se muestre ansioso debe tratar de tranquilizarlo, asegurándole que ello es habitual pero que cede rápidamente.
- Para la distracción del donante se puede recurrir a la conversación.

2430-005-003



ANEXO 14

**Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis
2430-014-001**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

REPORTE DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN DE SANGRE TOTAL O POR AFÉRESIS

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA:	BANCO DE SANGRE:	NÚMERO DE FOLIO:
-----------------------------	------------------	------------------

1 I. TIPO DE DONACIÓN

SANGRE TOTAL <input type="checkbox"/>	AFÉRESIS <input type="checkbox"/>	FECHA Y HORA INICIO DE DONACIÓN
COMPONENTE OBTENIDO POR AFÉRESIS:		____/____/____ : ____
		DÍA MES AÑO HORA MINUTOS
LUGAR DE LA DONACIÓN: INTRAMUROS <input type="checkbox"/>		BRIGADA <input type="checkbox"/>

2 II. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE

NOMBRE: _____ (Nombre(s), Apellido Paterno y Materno)	EDAD: _____ años	SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	TELÉFONO: _____
HEMOGLOBINA: _____ g/dL	HEMATOCRITO: _____ %	PESO: _____ Kg	TA: _____ / _____ mmHg
TIPO DE DONANTE: AUTÓLOGO <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ALTRUISTA PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>	FAMILIAR DE REPETICIÓN <input type="checkbox"/>
		ALTRUISTA REPETITIVO <input type="checkbox"/>	

3 III. IDENTIFICACIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA A LA DONACIÓN (RAD)

FECHA Y HORA DE INICIO DE LA REACCIÓN ____/____/____ : ____ DÍA MES AÑO HORA MINUTOS	MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE REACCIÓN <input type="checkbox"/> DURANTE LA DONACIÓN <input type="checkbox"/> POSTERIOR A LA DONACIÓN
ANTECEDENTES DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

4 IV. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA RAD (de acuerdo a signos y síntomas presentados durante la reacción)

IV. A. REACCIÓN VASOVAGAL

LEVE	MODERADA*	SEVERA**
PALIDEZ <input type="checkbox"/> DEBILIDAD <input type="checkbox"/>	RIGIDEZ <input type="checkbox"/> TEMBLOR <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES <input type="checkbox"/>
SUDORACIÓN <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/>	TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> DISNEA <input type="checkbox"/>	PÉRDIDA CONCIENCIA (> 30 SEG.) <input type="checkbox"/>
VÓMITO <input type="checkbox"/> SOMNOLENCIA <input type="checkbox"/>	CEFALEA INTENSA <input type="checkbox"/>	RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES <input type="checkbox"/>
VÉRTIGO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEA <input type="checkbox"/>	PÉRDIDA CONCIENCIA (< 30 SEG.) <input type="checkbox"/>	DESCENSO TA MEDIA (> 30 mmHg) <input type="checkbox"/>
PARESTESIAS <input type="checkbox"/> CEFALEA <input type="checkbox"/>	DESCENSO TA MEDIA (< 30 mmHg) <input type="checkbox"/>	DOLOR PRECORDIAL <input type="checkbox"/>
CIANOSIS <input type="checkbox"/> ESCALOFRIO <input type="checkbox"/>	* Uno o más signos o síntomas de reacción leve, más uno o varios de los antes mencionados	TRUMATISMO POR CAÍDA <input type="checkbox"/>
VISIÓN BORROSA <input type="checkbox"/>		** Uno o más signos o síntomas de reacción leve o moderada, más uno o varios de los antes mencionados
DESCENSO TA MEDIA (< 15 mmHg) <input type="checkbox"/>		

OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS:

IV. B. REACCIÓN POR VENOPUNCIÓN

MODERADA*	SEVERA**	LEVE
HEMATOMA CON DIÁMETRO SUPERIOR A 1 CM. <input type="checkbox"/>	PUNCIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	HEMATOMA CIRCUNSCRITO AL SITIO DE PUNCIÓN (DIÁMETRO < 1 CM) <input type="checkbox"/>
	CELULITIS <input type="checkbox"/> CAUSALGIA <input type="checkbox"/>	
INFLAMACIÓN EXTENDIDA MÁS ALLÁ DE LA FOSA ANTICUBITAL <input type="checkbox"/>	LESIÓN NERVIOSA <input type="checkbox"/>	INFLAMACIÓN CIRCUNSCRITA AL SITIO DE PUNCIÓN <input type="checkbox"/>
	SÍNDROME COMPARTIMENTAL <input type="checkbox"/>	
DERMATITIS <input type="checkbox"/>	FÍSTULA ARTERIO-VENOSA <input type="checkbox"/>	* o **: Idem IV. A

OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS:

2430-014-001



IV. C. REACCIÓN DE TOXICIDAD POR CITRATO (AFÉRESIS)

LEVE	MODERADA*	SEVERA**
PARESTESIAS PERIBUCALES O ACRAS <input type="checkbox"/>	ESPASMOS MUSCULARES <input type="checkbox"/> CHVOSTEK <input type="checkbox"/> TROUSSEAU <input type="checkbox"/>	TETANIA <input type="checkbox"/> HIPOTENSIÓN <input type="checkbox"/> ARRITMIAS CARDIACAS <input type="checkbox"/>
FATIGA <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/>	* Para clasificar como MODERADA: Uno o más signos o síntomas de reacción leve, más uno de los mencionados en el apartado. ** Para clasificar como SEVERA: Uno o más signos o síntomas de reacción MODERADA, más uno de los mencionados en el apartado.	CONVULSIONES <input type="checkbox"/>
RESULTADOS DE LABORATORIO		BRONCOESPASMO <input type="checkbox"/>
CALCIO SÉRICO IONIZADO: _____		LARINGOESPASMO <input type="checkbox"/>
MAGNESIO SÉRICO: _____		FALLA CARDIACA <input type="checkbox"/>
OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS:		PROLONGACIÓN QT <input type="checkbox"/>

IV. D. RESUMEN DE LA CLASIFICACIÓN DE LA RAD

REACCIÓN	LEVE	MODERADA	SEVERA	NO PRESENTÓ
VASOVAGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENOPUNCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOXICIDAD CITRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPORALIDAD DE RAD:	INMEDIATA (0 – 2 hr) <input type="checkbox"/>		TARDÍA (después 2 hr) <input type="checkbox"/>	

5 V. MANEJO MÉDICO Y EVOLUCIÓN DE LA RAD

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y TERAPÉUTICOS REALIZADOS

¿EL DONANTE SE REMITE A UN SERVICIO DE SALUD? SI NO SERVICIO: _____

SIGNO VITAL	DURANTE REAC.	SALIDA BANCO	SIGNO VITAL	DURANTE REAC.	SALIDA BANCO
TA	___/___ mmHg	___/___ mmHg	FR	_____ resp/min.	_____ resp/min
FC	_____ lat/min.	_____ lat/min.	T°	_____ °C	_____ °C
SEGUIMIENTO DEL DONANTE	DÍA	ASINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO	SÍNTOMA	
	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6 VI. ESTATUS DEL DONANTE PARA FUTURAS DONACIONES

APTO DIFERIDO TEMPORAL DIFERIDO PERMANENTE SIN DEFINIR

7 VII. RESPONSABLE DE VALORAR LA RAD

Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma
		2430-014-001



ANEXO 14

“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Centro de Colecta.
	Número de folio	El número consecutivo asignado al formato de acuerdo con el registro interno del Banco de Sangre. Ejemplo: 2018.23
1	I. Tipo de donación	Una “X” en el espacio correspondiente a la donación que realiza el donante, sangre total o aféresis. Ejemplo: Sangre Total <input checked="" type="checkbox"/>
	Fecha y hora de inicio de donación	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la donación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda; así como la hora, expresando horas y minutos, en formato de 24 horas. Ejemplo: 20 / 04 / 2019 13:35
	Componente obtenido por aféresis	El tipo de componente que se obtiene mediante aféresis. Ejemplo: Plaquetas.
	Lugar de la Donación	El sitio en el cual se llevó a cabo la donación ya sea intramuros (dentro de la unidad médica) o en brigada (fuera de la misma). Ejemplo: Intramuros <input checked="" type="checkbox"/>



ANEXO 14

“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
2	II. Identificación del donante	
	Nombre	<p>El nombre completo del donador del que se obtuvo la sangre o componente sanguíneo, iniciando por nombre(s), seguido de apellido paterno y materno. El dato deberá transcribirse de la documentación con la que se registró al mismo.</p> <p>Ejemplo: Jorge Solano González.</p>
	Edad	<p>El número de años cumplidos del donante.</p> <p>Ejemplo: 42.</p>
	Sexo	<p>Una “X” en el espacio correspondiente al género del donante (masc: masculino o fem: femenino)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ejemplo: Masc.</p>
	Teléfono	<p>El número telefónico del donante para su contacto. El dato deberá ser consistente con los registros previos del donante realizados en el Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 55-5526-8543.</p>
	Hemoglobina	<p>El resultado numérico obtenido, en gramos/decilitro, tras realizar la determinación en sangre de la hemoglobina al donante.</p> <p>Ejemplo: 17.5.</p>
	Hematocrito	<p>El resultado numérico obtenido, en porcentaje, tras realizar una determinación sanguínea del hematocrito del donante.</p> <p>Ejemplo: 20.</p>

2430-014-001



ANEXO 14

**“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
Peso	TA (Presión Arterial)	El valor numérico obtenido y expresado en kilogramos, tras determinar el peso del donante. Ejemplo: 68.
Tipo de donante:	Fecha y hora de inicio de la reacción	El valor numérico obtenido y expresado en mmHg, tras haber determinado la presión arterial del donante. Ejemplo: 100/60.
3	III. Identificación de la Reacción Adversa a la Donación (RAD)	Una “X” en el espacio correspondiente, ya sea donación autóloga, altruista de primera vez, altruista repetitivo, familiar o familiar de repetición. Ejemplo: Altruista primera vez <input checked="" type="checkbox"/>
Momento de la presentación de la reacción	Antecedentes de reacciones adversas a la donación	El día, mes y año, así como la hora, expresando horas y minutos, en formato de 24 horas, correspondientes al momento en el que se identificó el inicio de la reacción adversa, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda; Ejemplo: 20 / 04 / 2019 14:09.
Momento de la presentación de la reacción	Antecedentes de reacciones adversas a la donación	Una “X” en el espacio correspondiente para definir respecto al momento de la donación, si la reacción se presentó durante o después. Ejemplo: Durante la donación <input checked="" type="checkbox"/>
Antecedentes de reacciones adversas a la donación	Antecedentes de reacciones adversas a la donación	Una “X” en el espacio correspondiente respecto a si existen, o no, antecedentes de reacción a la donación. Ejemplo: No <input checked="" type="checkbox"/>



ANEXO 14

**“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No

DATO

ANOTAR

4 **IV. Clasificación de la Gravedad de la RAD***

*(De acuerdo a los signos y síntomas presentados durante la reacción).

IV. A. Reacción vasovagal

Leve

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

LEVE			
PALIDEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	DEBILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>
SUDORACIÓN	<input type="checkbox"/>	NÁUSEAS	<input checked="" type="checkbox"/>
VÓMITO	<input checked="" type="checkbox"/>	SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/>
VÉRTIGO	<input type="checkbox"/>	TAQUIPNEA	<input type="checkbox"/>
PARESTESIAS	<input type="checkbox"/>	CEFALEA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	ESCALOFRIO	<input type="checkbox"/>
VISIÓN BORROSA			<input type="checkbox"/>
DESCENSO TA MEDIA (< 15 mmHg)			<input type="checkbox"/>

Add. Registre cualquier otro dato no consignado en la sección: “Otros signos o síntomas”.

Moderada
(Uno o más signos o síntomas de reacción leve, más uno o varios de los mencionados en el apartado).

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

MODERADA			
RIGIDEZ	<input type="checkbox"/>	TEMBLOR	<input type="checkbox"/>
TAQUICARDIA	<input checked="" type="checkbox"/>	DISNEA	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	ESCALOFRIO	<input type="checkbox"/>
CEFALEA INTENSA			<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA CONCIENCIA (< 30 SEG.)			<input type="checkbox"/>
DESCENSO TA MEDIA (< 15 mmHg)			<input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

Severa
(Uno o más signos o síntomas de reacción leve)

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.



ANEXO 14

“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

o moderada, más uno o varios de los mencionados en el apartado).

Ejemplo:

ANOTAR

SEVERA	
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA CONCIENCIA (> 30 SEG.)	<input type="checkbox"/>
RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES	<input type="checkbox"/>
DESCENSO TA MEDIA (> 30 mmHg)	<input type="checkbox"/>
DOLOR PRECORDIAL	<input type="checkbox"/>
TRAUMATISMO POR CAÍDA	<input checked="" type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

IV. B. Reacción por venopunción

Leve

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

LEVE	
HEMATOMA CIRCUNSCRITO AL SITIO DE PUNCIÓN (DIÁMETRO < 1 CM)	<input checked="" type="checkbox"/>
INFLAMACIÓN CIRCUNSCRITA AL SITIO DE PUNCIÓN	<input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

Moderada
(Para clasificar como moderada se siguen criterios de IV. A. Uno o más signos o síntomas de reacción leve, más uno o varios de los mencionados en el apartado).

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

MODERADA	
HEMATOMA CON DIÁMETRO SUPERIOR A 1 CM.	<input type="checkbox"/>
INFLAMACIÓN EXTENDIDA MÁS ALLÁ DE LA FOSA ANTICUBITAL	<input type="checkbox"/>
DERMATITIS	<input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

2430-014-001



ANEXO 14

“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Severa
(Para clasificar como severa se siguen criterios de IV. A. Uno o más signos o síntomas de reacción leve o moderada, más uno o varios de los mencionados en el apartado).

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

SEVERA	
PUNCIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
CELULITIS <input type="checkbox"/>	CAUSALGIA <input type="checkbox"/>
LESIÓN NERVIOSA	<input type="checkbox"/>
SÍNDROME COMPARTIMENTAL	<input type="checkbox"/>
FÍSTULA ARTERIO-VENOSA	<input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

IV. C. Reacción por toxicidad por citrato (aféresis)

Leve

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

LEVE	
PARESTESIAS PERIBUCALES O ACRAS	<input type="checkbox"/>
FATIGA <input type="checkbox"/>	ANSIEDAD <input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

Moderada
(Para clasificar como moderada: Uno o más signos o síntomas de reacción leve, más uno de los mencionados en el apartado)

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

MODERADA	
ESPASMOS MUSCULARES	<input type="checkbox"/>
CHVOSTEK <input type="checkbox"/>	TROUSSEAU <input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

2430-014-001



ANEXO 14

“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis” INSTRUCTIVO DE LLENADO

No

DATO

ANOTAR

Severa
(Para clasificar como severa: Uno o más signos o síntomas de reacción moderada, más uno de los mencionados en el apartado)

Una “X” en los síntomas o signos que presente o presentó el donante y que se muestran en la sección.

Ejemplo:

SEVERA	
TETANIA	<input type="checkbox"/>
ARRITMIAS CARDIACAS	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>
BRONCOESPASMO	<input type="checkbox"/>
LARINGOESPASMO	<input type="checkbox"/>
FALLA CARDIACA	<input type="checkbox"/>
PROLONGACIÓN QT	<input type="checkbox"/>

NOTA: Registre cualquier otro dato no consignado en las sección: “Otros signos o síntomas”.

Resultados de laboratorio

Calcio sérico ionizado

El valor numérico obtenido tras determinar la concentración de Calcio ionizado en el suero sanguíneo del donante.

Ejemplo: 5.3 mg/dL.

Magnesio sérico

El valor numérico obtenido tras determinar la concentración de Magnesio en el suero sanguíneo del donante.

Ejemplo: 2.0 mg/dL.

IV. D. Resumen de la Clasificación de la RAD

Una “X” en el espacio correspondiente al tipo de reacción que presentó, y la que no presentó el donante.

Ejemplo:

REACCIÓN	LEVE	MODERADA	SEVERA	NO PRESENTÓ
VASOVAGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENOPUNCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOXICIDAD CITRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2430-014-001



ANEXO 14

**“Reporte de las reacciones adversas a la donación de sangre total o por aféresis”
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR		
	Temporalidad de la RAD	Una “X” en el espacio correspondiente al momento en la cual se presentó la reacción adversa a la donación. Ejemplo: <table border="1" data-bbox="654 583 1472 636"> <tr> <td data-bbox="654 583 1062 636">INMEDIATA (0 – 2 hr) <input checked="" type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1062 583 1472 636">TARDÍA (después 2 hr) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	INMEDIATA (0 – 2 hr) <input checked="" type="checkbox"/>	TARDÍA (después 2 hr) <input type="checkbox"/>
INMEDIATA (0 – 2 hr) <input checked="" type="checkbox"/>	TARDÍA (después 2 hr) <input type="checkbox"/>			
5	V. Manejo médico y evolución de la RAD	El o los procedimiento(s) terapéutico(s) y médico(s) realizados para manejar la reacción adversa a la donación. Ejemplo: Detención extracción sanguínea. Colocación decúbito dorsal con elevación de piernas. Aplicación de Sol. Fisiológica al 0.9% 500 cc en 30 minutos. Colocación de vendaje compresivo y hielo local.		
¿El donante se remite a un servicio de salud?	Una “X” en el espacio correspondiente, de haber referido o no al donante a otro servicio o departamento clínico una unidad médica para su atención. Ejemplo: <table border="1" data-bbox="846 1367 1260 1419"> <tr> <td data-bbox="846 1367 1062 1419">SI <input checked="" type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1062 1367 1260 1419">NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Servicio	El nombre del Servicio o Departamento Clínico al cual fue referido el donante para su valoración de haberse considerado necesario. Ejemplo: Admisión Continua.			
Signo vital; durante la reacción y a la salida del Banco de Sangre	En el espacio correspondiente el valor de la TA (presión arterial), FC (frecuencia cardiaca), FR (frecuencia respiratoria) y T ⁰ (temperatura) durante la reacción adversa y justo antes de la salida del Banco de Sangre.			

2430-014-001



ANEXO 15

Cuestionario de auto-exclusión FBS-12
2430-022-015



**Gracias por tu colaboración y honestidad
DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA**

**Si tienes dudas al contestar estas preguntas,
solicita el apoyo del personal médico de Banco de
Sangre**

(Etiqueta para el cuestionario de
autoexclusión)

Clave 2430-022-015

CUESTIONARIO DE AUTO-EXCLUSIÓN FBS-12



Toda la información que proporcionas al Banco de Sangre se
maneja con

ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD

Estas siendo atendido por
personal profesional capacitado

**Todo el material que se utiliza es nuevo, estéril y
desechable**

Clave 2430-022-015



**El objetivo de este cuestionario es
obtener *sangre segura* para uso transfusional**

Tu sangre es muy importante para salvar vidas, pero también puede transmitir infecciones como VIH (SIDA), hepatitis, entre otras. Hay infecciones que no son detectadas por pruebas de laboratorio al ser de reciente adquisición.

TUS RESPUESTAS SERÁN CONFIDENCIALES

El requisito de donar sangre para tu paciente ya está cubierto

REFLEXIONA

Existen **SITUACIONES DE RIESGO** por las cuales tu sangre no debe ser utilizada como son las siguientes:

Marca con una X tu respuesta en el recuadro correspondiente (tu respuesta debe ser sincera y responsable)			
1	¿Te has inyectado cocaína, heroína u otras drogas?	SI	NO
2	En los últimos 12 meses ¿Has usado drogas de aplicación nasal y has compartido popotes, llaves u otros instrumentos para la inhalación?	SI	NO
3	En los últimos 12 meses, además de tu pareja sexual, ¿Tú has tenido relaciones sexuales con otras personas?	SI	NO

4	En los últimos 12 meses, ¿TU PAREJA SEXUAL ha tenido relaciones sexuales con otra u otras personas?	SI	NO
5	En los últimos 12 meses, además de con tu pareja sexual, ¿Has compartido juguetes sexuales que han estado en contacto con líquidos sexuales o sangre?	SI	NO
6	En los últimos 12 meses, ¿Has tenido relaciones sexuales con PERSONAS DESCONOCIDAS o que ignores si padecen HEPATITIS, SÍFILIS, SIDA o son portadoras de VIH?	SI	NO
7	En los últimos 12 meses, ¿Has tenido relaciones sexuales en contra de tu voluntad con personas conocidas o desconocidas?	SI	NO
8	En los últimos 12 meses, ¿Has tenido relaciones sexuales, incluso con uso de preservativo, con personas conocidas que padecen HEPATITIS, SÍFILIS, SIDA o son portadoras de VIH?	SI	NO

TU SANGRE PUEDE SALVAR VIDAS

¿CONSIDERA QUE TU SANGRE ES SEGURA?

SI

NO



ANEXO 16

Cuidados y recomendaciones a seguir después de la donación de sangre
2430-022-005



Estimado donador(a):

NOS ES GRATO INFORMARLE QUE SU DONACIÓN EFECTUADA AYUDARÁ AL PRONTO RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE CUATRO PACIENTES, POR LO QUE A NOMBRE DE ELLOS Y DE ESTE BANCO DE SANGRE, LE MANIFESTAMOS NUESTRO MÁS PROFUNDO AGRADECIMIENTO Y ADMIRACIÓN.

A SI MISMO, LO INVITAMOS A CONTINUAR CON ESTA LABOR HUMANITARIA.

LE RECORDAMOS QUE COMO DONADOR **VOLUNTARIO**, USTED TIENE UNA ATENCIÓN INMEDIATA Y PUEDE SER ATENDIDO CUALQUIER DÍA DE LA SEMANA.

Nombre del Banco de Sangre

Unidad Médica Hospitalaria

Teléfono (s)

2430-022-005

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

**CUIDADOS Y RECOMENDACIONES A SEGUIR
DESPUÉS DE LA DONACIÓN DE SANGRE**



2430-022-005



CUIDADOS A SEGUIR DESPUÉS DE LA DONACIÓN DE SANGRE

Estos cuidados y recomendaciones son para su beneficio, por favor léalas cuidadosamente, si tiene alguna duda o pregunta acuda con el personal del Banco de Sangre.

- Descanse por lo menos 10 minutos, después de hacer la donación de sangre.
- No fume en las siguientes 4 horas, el fumar después de donar puede provocar desmayos, cada vez que desee fumar tome líquidos.
- Tome más líquidos de los que acostumbre en las siguientes horas y conserve sus hábitos alimenticios.
- No se vaya sin ingerir su colación.
- No ingerir alcohol el día de hoy.
- No realice actividades como: cargar objetos pesados, conducir maquinaria pesada, bucear, deportes, operar grúas, conducir autobuses, o trenes o automóviles o motocicletas o bicicletas, por lo menos durante 12 horas. En caso de pilotear aeronaves deberá esperar por lo menos 24 horas.

2430-022-005

RECOMENDACIONES

- Sí presenta mareo o sensación de desvanecimiento: Siéntese de inmediato y ponga su cabeza entre sus rodillas y quede así durante 5 minutos, tosa para que llegue más sangre a la cabeza.
- Sí sangra del sitio de la punción: Levante el brazo y con un algodón o con un pañuelo ejerza presión sobre el sitio de la punción durante 3 a 5 minutos, colóquese una venda y retíresela después de 2 horas.
- En caso de presentar dolor en el sitio de la punción y / o adormecimiento del brazo: Levante el brazo y aplique presión.
- En caso de que usted llegará a enfermarse (porque ya se estaba incubando la enfermedad antes de venir a donar), durante el año de la donación de: hepatitis B ó C, SIDA, Enfermedad de Chagas, paludismo o alguna otra enfermedad, por favor comuníquese al número telefónico anotado.
- En caso de persistir el mareo, sangrado del sitio de la punción, el dolor o adormecimiento comuníquese al número telefónico anotado en este volante o regrese al Banco de Sangre o al Servicio de Urgencias de la Unidad Médica Hospitalaria para ser atendido.

Deben pasar 6 semanas para que se recupere su sangre (glóbulos rojos), por lo que no debe donar sangre ni plasma durante las 6 semanas siguientes a esta donación.

2430-022-005



ANEXO 17

**Constancia de donación de sangre FBS-7
2430-009-015**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

CONSTANCIA DE DONACIÓN DE SANGRE FBS-7

“DONAR SANGRE ES UN REGALO DE VIDA”

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA 1	BANCO DE SANGRE 2	FECHA ____/____/____ Día Mes Año
--	-----------------------------	--

DOMICILIO: _____ Calle y No. Colonia Alcaldía C.P.	NÚMERO DE UNIDAD 3
---	---------------------------

El Banco de Sangre hace constar que el(a) Sr(a). _____
Nombre(s) y Apellido Paterno y Apellido Materno.

Se presentó a donar ____/____/____ a las ____:____
Día Mes Año Hora Min **4**

El tipo de extracción realizado fue: _____

DATOS DEL PACIENTE BENEFICIARIO 5		
_____	_____/_____/_____ Número de Seguridad Social y Agregado	
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)		
_____	_____	_____
Número de cama	Servicio	Hospital

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DONACIÓN DEL BANCO DE SANGRE 6		
_____	_____	_____
Nombre y Apellido Paterno y Materno	Matrícula	Firma

2430-009-015



ANEXO 17
“Constancia de donación de sangre FBS-7”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
2	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Centro de Colecta.
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se expide la certificación de la donación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 10 / 2019.
	Domicilio	El domicilio (nombre de la calle, número, colonia, ciudad, municipio o alcaldía y estado, así como su código postal) correspondiente al Banco de Sangre que emite el certificado de donación. Ejemplo: Av. Jacarandas y Seris S/N Col. La Raza Alcaldía Azcapotzalco C.P. 02990 México, CDMX.
3	Número de Unidad	El número correspondiente a la unidad de sangre que fue donada, en números arábigos. Ejemplo: 10019290.
	El Banco de Sangre hace constar que el(a) Sr(a).	El nombre completo del donante iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del documentación con la que se recibe al mismo. Ejemplo: Miguel Gómez Córdova.
	Se presentó a donar A las	La fecha y hora (día, mes, año, hora y minutos) en la que se realizó la donación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 12 / 2019 a las 09:15.

2430-009-015



ANEXO 17
“Constancia de donación de sangre FBS-7”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
4	El tipo de extracción realizado fue:	La forma a partir de la cual se obtuvo el(os) componente(s) sanguíneo(s) del donante. Ejemplo: Sangre Total.
5	Datos del paciente beneficiario Nombre	El nombre completo del paciente que se benefició de la donación de sangre, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la historia clínica del Banco de Sangre o del volante de envío del donador. Ejemplo: Espinosa García Filiberto.
	NSS y Agregado	El número de seguridad social del paciente, además los dígitos (número y letras) que conforman el agregado. Ejemplo: 3000 82 0887 1M1982OR
	Número de cama	El número de la cama que le fue asignada al paciente para su hospitalización. Ejemplo: 545.
	Servicio	El nombre del servicio responsable de brindar la atención médica al paciente. Ejemplo: Cirugía General.
	Hospital	El nombre del hospital tratante en el cual se internará o está hospitalizado el paciente. Ejemplo: Hospital General CMN “La Raza”.
6	Datos del personal responsable de certificar la donación de sangre. Nombre Matrícula Firma	El nombre completo, la matrícula y la del trabajador responsable de certificar la donación de sangre. Ejemplo: Maritza García Espinosa. 11065436. Firma autógrafa



ANEXO 18

**Constancia de donación autóloga AD-3
2430-009-016**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

CONSTANCIA DE DONACIÓN AUTÓLOGA AD-3

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA: 1	BANCO DE SANGRE: 2	3	FECHA ____/____/____ DIA MES AAAA
--------------------------------------	---------------------------	----------	---

DATOS DEL PACIENTE 4	
NOMBRE: _____ (Apellido paterno, apellido materno y nombre (s))	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO: ____/____/____/____	
HOSPITAL DE PROCEDENCIA 5	
SERVICIO 6	
DIAGNÓSTICO 7	
PROGRAMADO PARA 8	
MEDICO TRATANTE 9	
FECHA DE LA OPERACIÓN:	____/____/____ DIA MES AAAA

A ESTA FECHA: ____/____/____ DIA MES AAAA	EL PACIENTE CUENTA CON:
--	-------------------------

UNIDADES ALMACENADAS EN EL BANCO DE SANGRE 10						
	1ra. (No.)	VENCE	2da. (No.)	VENCE	3ra. (No.)	VENCE
CONCENTRADO ERITROCITARIO						
PLASMA						

GRUPO SANGUÍNEO 11		
ABO:	Rh(D):	OTROS FENOTIPOS:

SEROLOGIA INFECCIOSA 12		
Ac. V. I. H.:	Ag HBs:	Ac HBcore:
Ac HEPATITIS C:	VDRL:	OTROS:

ANTICUERPOS ERITROCITARIOS PRESENTES:	ESPECIFICIDAD:
---------------------------------------	----------------

OBSERVACIONES: 13

MÉDICO RESPONSABLE DE LA DONACIÓN AUTOLOGA 14	EN CASO DE DIFERIMIENTO DE LA FECHA DE LA OPERACIÓN, FAVOR DE AVISAR DE INMEDIATO A BANCO DE SANGRE A LOS SIGUIENTES NÚMEROS TELEFONICOS: 15
_____ NOMBRE MATRÍCULA FIRMA	

2430-009-016



ANEXO 18
“Constancia de donación autóloga AD-3”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.</p>
2	Banco de Sangre	<p>El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Centro de Colecta.</p>
3	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se expide la constancia de auto-donación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 20 / 08 / 2019.</p>
4	Datos del paciente	
	Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa el estudio, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
	Número de seguridad social y agregado	<p>El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente al que se efectúa el estudio. Este deberá de transcribirse del expediente clínico o documento con que se recibe al paciente.</p> <p>Ejemplo: 1210-59-1670-1M1959OR</p>
5	Hospital de procedencia	<p>El tipo y número de la unidad médica hospitalaria de donde proceda el paciente.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Infectología del CMN “La Raza”.</p>



ANEXO 18
“Constancia de donación autóloga AD-3”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
6	Servicio	<p>El nombre del servicio o especialidad que envía al paciente para auto-donación.</p> <p>Ejemplo: Neumología.</p>
7	Diagnóstico	<p>El nombre del motivo principal de la solicitud de auto-donación para el paciente, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: Aneurisma aórtico.</p> <p>NOTA: Motivo principal: La afección diagnosticada al final del proceso de la atención médica, como causa primaria de la necesidad de auto-donación que tiene el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso del recurso.</p>
8	Programado para	<p>El nombre del procedimiento quirúrgico a la que será sometido el paciente ya sea como auxiliar diagnóstico y/o con el propósito de tratar su padecimiento.</p> <p>Ejemplo: Mastectomía radical.</p>
9	Médico tratante	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula, firma autógrafa y teléfono para contacto del Médico no Familiar tratante del paciente.</p> <p>Ejemplo: Nombre: Luis Antonio Caballero Leal.</p>
	Fecha de la operación	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se programó la realización del procedimiento quirúrgico en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 24 / 09 / 2019.</p>

2430-009-016



ANEXO 18
“Constancia de donación autóloga AD-3”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR												
	A esta fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se expide la constancia de auto-donación, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 24 / 09 / 2019.												
	El paciente cuenta con	El número de unidades con las que cuenta el paciente en el momento de elaborar la constancia de donación autóloga. Ejemplo: 2												
10	Unidades almacenadas en este Banco de Sangre													
	Concentrado eritrocitario	En el recuadro correspondiente, el número de identificación de cada una de las bolsas de concentrado eritrocitario disponible del donador y su fecha de vencimiento. El registro de la fecha de vencimiento en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo:												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>1ra. (No.)</th> <th>VENCE</th> <th>2da. (No.)</th> <th>VENCE</th> <th>3ra. (No.)</th> <th>VENCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15689</td> <td>02/06/2019</td> <td>18975</td> <td>20/06/2019</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1ra. (No.)	VENCE	2da. (No.)	VENCE	3ra. (No.)	VENCE	15689	02/06/2019	18975	20/06/2019		
1ra. (No.)	VENCE	2da. (No.)	VENCE	3ra. (No.)	VENCE									
15689	02/06/2019	18975	20/06/2019											
	Plasma	En el recuadro correspondiente, el número de identificación de cada una de las bolsas con plasma disponible del donador y su fecha de vencimiento. El registro de la fecha de vencimiento en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo:												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>1ra. (No.)</th> <th>VENCE</th> <th>2da. (No.)</th> <th>VENCE</th> <th>3ra. (No.)</th> <th>VENCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15689</td> <td>02/06/2019</td> <td>18975</td> <td>20/06/2019</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1ra. (No.)	VENCE	2da. (No.)	VENCE	3ra. (No.)	VENCE	15689	02/06/2019	18975	20/06/2019		
1ra. (No.)	VENCE	2da. (No.)	VENCE	3ra. (No.)	VENCE									
15689	02/06/2019	18975	20/06/2019											

2430-009-016



ANEXO 18
“Constancia de donación autóloga AD-3”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
11	Grupo sanguíneo ABO Rh (D)	El grupo sanguíneo del donador Ejemplo A positivo
	Otros fenotipos	El fenotipo eritrocitario presente en la sangre del donador que corresponda a otro sistema fuera del ABO. Ejemplo: R1r1
12	Serología infecciosa	
	Ac. V. I. H.	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de anticuerpos para VIH. Ejemplo: Negativo
	Ag HBs	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de antígeno de superficie para el virus de hepatitis B. Ejemplo: Negativo
	Ac HBcore	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de anticuerpos centrales del virus de la hepatitis B. Ejemplo: Negativo
	Ac Hepatitis C	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de anticuerpos del virus de la hepatitis C. Ejemplo: Negativo
	VDRL	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de antígenos de <i>Treponema Pallidum</i> . Ejemplo: Negativo
	Otros	El resultado de las pruebas realizadas para la determinación de enfermedades de transmisión por transfusión.

2430-009-016



ANEXO 18
“Constancia de donación autóloga AD-3”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Chagas: Negativo
	Anticuerpos eritrocitarios presentes	La presencia de anticuerpos eritrocitarios circulantes del donador.
		Ejemplo: Positivo
	Especificidad	El tipo de anticuerpos eritrocitarios circulantes del donador.
		Ejemplo: Anti Kell
13	Observaciones	Información que se considere de relevancia y no registrada en los datos previos.
14	Médico responsable de la donación autóloga	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y la firma del Médico no Familiar del Banco de Sangre. Ejemplo: Bernardo Alva González 6970698 Firma
15	En caso de diferimiento de la fecha de la operación, favor de avisar de inmediato a Banco de Sangre a los siguientes números telefónicos:	El número telefónico incluyendo extensión, según el caso, donde el paciente pueda llamar y notificar el cambio de fecha de la operación, en números arábigos. Ejemplo. 55-57-26-17-00 Extensión 16999



ANEXO 19

**Instrucciones de Embalaje de Bolsas y Tubos de Muestras para
envío a Banco de Sangre de Referencia
2430-005-037**



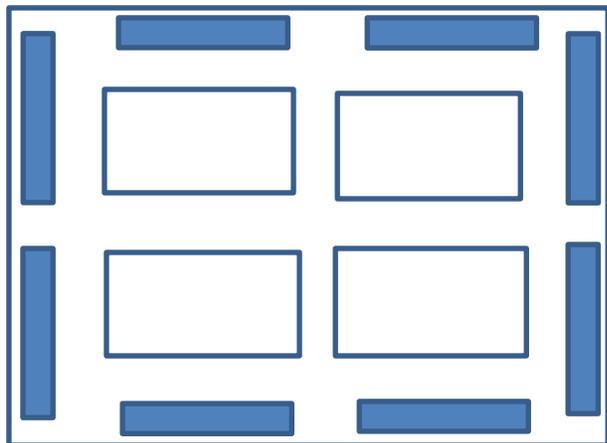
ANEXO 19

“Instrucciones de Embalaje de Bolsas y Tubos de Muestras para Envío a Banco de Sangre de Referencia”

1.- La responsabilidad de embalaje de las unidades es responsabilidad del personal del Puesto de sangrado.

2.- Los contenedores deben prepararse con 12 bolsas de congelante, congelados previamente por el Puesto de Sangrado, se deben de cubrir con plástico con burbujas para que las unidades no se vayan a hemolizar al estar en contacto directo con los congelantes.

CUATRO AL FONDO Y DOS EN CADA LADO.



DISTRIBUCIÓN DE LOS GELES



BURBUJA SOBRE GELES CONGELADOS



GELES EN LA HIELERA

2430-005-037



ANEXO 19

“Instrucciones de Embalaje de Bolsas y Tubos de Muestras para Envío a Banco de Sangre de Referencia”

3.- Después de obtener las unidades de sangre y las muestras, se deben preparar para mantenerlas en refrigeración, envolviéndolas con la toalla absorbente y colocándolas dentro de bolsa de polietileno con cierre (Tipo Zip), y así deben colocarse en refrigeración. Las hieleras deben prepararse con los geles y la burbuja, al menos, 60 minutos antes de que llegue el mensajero. Las unidades no deben sacarse del refrigerador y dejarlas a temperatura ambiente. La colocación de las bolsas en la hielera debe realizarse en cuanto se tengan las suficientes para la misma (14 bolsas) o, al momento de llegar el mensajero si hay menos de 14 bolsas. **EL EMBALAJE DEBE SER RAPIDO EVITANDO QUE EL CONTENEDOR ESTE ABIERTO MAS DEL TIEMPO NECESARIO.**

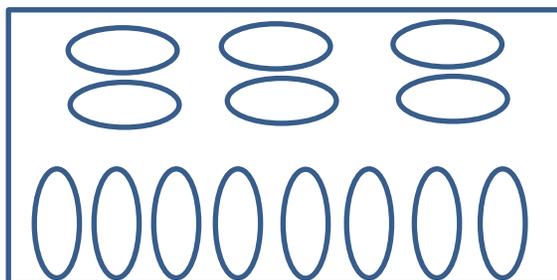


BOLSA CON MUESTRAS



BOLSA PREPARADA PARA REFRIGERACIÓN

4.- Cada contenedor debe transportar MÁXIMO 14 unidades de Sangre total con sus muestras.



5.- Los compañeros mensajeros, recibirán las hieleras embaladas, de acuerdo con éste instructivo, y le colocarán el registrador de datos (datalogger). **UNO POR UNIDAD**, y lo entregarán en el Banco Central de Sangre para la descarga diaria de datos, a la(s) persona(s) designada(s) para tal fin.

2430-005-037



ANEXO 20

Componentes sanguíneos liberados por unidad y día
2430-009-017



ANEXO 20
“Componentes sanguíneos liberados por unidad y día”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se encuentra el Banco de Sangre. Ejemplo: Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.
	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero “0” a la izquierda. Ejemplo: 20 / 04 / 2019.
2	Banco de Sangre	El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre. Ejemplo: Centro de Colecta.
3	Número de folio	El número consecutivo asignado al formato de acuerdo al registro interno del Banco de Sangre. Ejemplo: 0432.
4	No. de la bolsa	El número asignado en el procedimiento de la donación a la bolsa de sangre o al componente sanguíneo obtenido, para su identificación. Ejemplo: 10047116.
5	Nombre del donador	El nombre completo del donador del que se obtuvo la sangre o el componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse de la documentación con la que se registró al mismo. Ejemplo: Lugo González Jorge.
6	Componentes sanguíneos liberados	
	Plasma	Una “X” si el plasma se liberó.*

2430-009-017



ANEXO 20
“Componentes sanguíneos liberados por unidad y día”
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		Ejemplo: Plasma <input data-bbox="917 436 1016 485" type="checkbox" value="X"/>
	Conc. eritroc.	Una “X” si el paquete globular se liberó. *
		Ejemplo: Concentrado eritrocitario <input data-bbox="1159 583 1258 632" type="checkbox" value="X"/>
	Conc. plaq.	Una “X” si el concentrado plaquetario se liberó. *
		Ejemplo: Concentrado plaquetario <input data-bbox="1159 720 1258 768" type="checkbox" value="X"/>
	Crioprecipitados	Una “X” si los crioprecipitados se liberaron. *
		Ejemplo: Crioprecipitados <input data-bbox="1045 856 1144 905" type="checkbox" value="X"/>
		(*) NOTA: En caso de no llenarse el espacio significa que el componente sanguíneo no fue liberado para uso terapéutico.
7	Firma	La firma del responsable que coteja la lista de los componentes sanguíneos registrados como liberados con cada bolsa del componente sanguíneo liberado.
8	Total	La sumatoria de cada columna, total de bolsa de: plasma, paquete globular, concentrado plaquetario, crioprecipitados y el total de componentes sanguíneos liberados durante la jornada. Ejemplo: plasma 14, paquete globular 15, concentrado plaquetario 12, crioprecipitados 10, total 51.
9	Observaciones	Cualquier observación relevante de los componentes sanguíneos liberados y que no se encuentre consignada en los datos solicitados.
10	Responsable del Área de Serología	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Responsable del Área de Serología. Ejemplo: Luis Antonio Caballero Leal 6971691 Firma

2430-009-017