



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención

2430-003-003

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina  
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Efraín Arizmendi Uribe  
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Carlos Fredy Cuevas García  
Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Elaboró

Lic. Martha Patricia Galán Hermsillo  
Jefe de la División de Regulación de UMAE

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 31 ENE 2024

"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

		<b>Página</b>
1	Base normativa	4
2	Objetivo	4
3	Ámbito de aplicación	4
4	Definiciones	4
5	Políticas	7
	5.1 Generales	7
	5.2 Específicas	9
6	Descripción de actividades	14
	Etapa I Control y procesamiento	14
	Etapa II Solicitud de producción especializada en componentes sanguíneos	17
	Etapa III Control de salida de componentes sanguíneos del Banco de Sangre	27
	Etapa IV Baja total de sangre y componentes sanguíneos	32
7	Diagrama de flujo	35
	Anexos	
	Anexo 1 Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4 Clave 2430-022-008	51
	Anexo 2 Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9 Clave 2430-022-009	61
	Anexo 3 Solicitud al Área de Transfusión FBS-16 Clave 2430-022-010	66
	Anexo 4 Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día Clave 2430-022-011	77



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
Anexo 5	Solicitud de procesamiento especializado FBS-30 Clave 2430-022-012	82
Anexo 6	Baja de sangre y sus componentes FBS-5 Clave 2430-022-013	89



## 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.
- Numerales 7.1.4.3, subnumeral 1 y 7.1.4.3.3, subnumeral 1 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 29 de diciembre del 2023.

## 2 Objetivo

Establecer las actividades del personal de salud y administrativo que participa en el análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de la sangre y sus componentes sanguíneos con fines terapéuticos, verificando que las técnicas, reactivos, procedimientos e interpretación de resultados sean correctos, para asegurar la calidad y seguridad de la cadena transfusional hasta su uso terapéutico.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para los Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicio de Transfusión Hospitalaria en las Unidades Médicas del Tercer Nivel de Atención.

## 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 aféresis:** Procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa con máquinas de flujo continuo o discontinuo.

**4.2 apto:** Persona que cumple con los parámetros clínicos y de laboratorio que especifica la normatividad vigente para poder ser un donante de sangre.

**4.3 auto exclusión:** Mecanismo por el cual un individuo que es donante, puede, a través de un cuestionario dirigido, eliminarse o confirmarse como donador de sangre.

**4.4 Banco de Sangre:** Establecimiento autorizado por COFEPRIS para obtener, recolectar, analizar, fraccionar, conservar, aplicar y proveer sangre humana; así como para analizar, conservar, aplicar y proveer los componentes de ésta.



**4.5 biometría hemática:** Estudio analítico de los componentes de la sangre.

**4.6 bolsas de extracción:** Insumo utilizado para la extracción de sangre, obteniéndola en bolsas de plástico, bajo un sistema cerrado, que permite la comunicación con bolsas satélites para obtener las diferentes fracciones.

**4.7 Centro de Colecta:** Aquel que promueve el programa de donación de sangre, sus componentes y de células troncales; recolecta, estudia parcialmente al donante, envía unidades de sangre y muestras sanguíneas del donante al Banco de sangre.

**4.8 Comité de Medicina Transfusional:** Grupo constituido por un número variable de profesionales de la salud de acuerdo a los servicios de atención médica, tamaño y grado de especialización del hospital, cuya responsabilidad es asegurar la calidad y seguridad del ejercicio transfusional.

**4.9 componente sanguíneo:** Fracción celular o acelular del tejido hemático, separada de una unidad de sangre total por centrifugación u obtenida por aféresis.

**4.10 disposición de sangre y componentes sanguíneos:** El conjunto de actividades relativas a la obtención, recolección, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de la sangre y componentes sanguíneos, con fines terapéuticos.

**4.11 donación de sangre y componentes sanguíneos:** 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.

**4.12 donante:** Persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera. Sinónimo: donante originario.

**4.13 establecimientos de sangre:** Son los autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células troncales hematopoyéticas, con fines terapéuticos:

- Servicios de sangre: Banco de Sangre; Centro de Procesamiento de Sangre; Centro de Colecta; Centro de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos; Servicio de Transfusión Hospitalaria y Centro de Calificación Biológica.
- Los que hacen disposición de células troncales que son: Centro de Colecta de Células Troncales Hematopoyéticas y Banco de Células Troncales Hematopoyéticas.
- Establecimientos de Medicina Regenerativa.

**4.14 hemoderivados:** Productos obtenidos de algunos componentes sanguíneos, especialmente el plasma, mediante procesos fisicoquímicos o biológicos, para aplicación terapéutica, diagnóstica, preventiva o en investigación.



**4.15 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.

**4.16 identificación oficial:** Documento con fotografía que comprueba la identidad de la persona (Credencial para votar INE vigente [antes IFE], Pasaporte vigente, Cartilla de Servicio Militar expedida en los últimos diez años, Cédula profesional, Licencia de manejo vigente, Cartilla Nacional de Salud con fotografía y sello. Para estudiantes: credencial escolar vigente y CURP. Para extranjeros: Pasaporte o Tarjeta de residencia FM 2 o FM 3 vigente. En caso de que la identificación no cuente con el domicilio se solicitará un comprobante del mismo.

**4.17 inmunohematología:** El estudio de los antígenos y anticuerpos de los grupos sanguíneos y problemas asociados.

**4.18 irradiación:** Procedimiento en el que se somete un componente celular de la sangre a la acción de radiación ionizante por métodos previamente estandarizados y autorizados, con la finalidad de evitar en el receptor la enfermedad injerto contra huésped (u hospedero) asociada a transfusión.

**4.19 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.

**4.20 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.

**4.21 procesamiento de sangre:** Procedimiento técnico por el cual se obtienen los diferentes componentes de la sangre.

**4.22 producción especializada de componentes sanguíneos:** Procesamiento o tecnología adicional aplicada a los componentes sanguíneos para cumplir propósitos diagnósticos y/o terapéuticos, y que requieren de conocimientos y habilidades específicas por parte de quien lo realiza, tales como: leuco depleción de componentes sanguíneos mediante filtración en línea o pre-almacenamiento, irradiación, "lavado" de concentrado eritrocitarios (en desuso, desplasmalizado de componentes sanguíneos, reconstitución de sangre total, mezcla de crioprecipitados y concentrados plaquetarios).

**4.23 producto no conforme:** Unidades de sangre que no cumplen con los requisitos o parámetros de calidad que se requieren para poder ser utilizadas con fines terapéuticos.





**4.24 Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI):** Clasificación para denominar a cierta clase de desechos que, por sus características, implican un riesgo para la salud y para el medio ambiente.

**4.25 sangre:** El tejido hemático con todos sus componentes.

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

**4.27 servicio de transfusión hospitalaria:** Establecimiento o área de la unidad médica con funciones de recepción, manejo, conservación, uso terapéutico y destino final de sangre humana y sus componentes, con autorización sectorial e institucional para su funcionamiento, con estructura física y organizacional independiente al Banco de Sangre.

**4.28 transfusión:** Procedimiento a través del cual se suministra sangre o cualquiera de sus componentes a un ser humano, solamente con fines terapéuticos.

**4.29 trazabilidad:** La capacidad de efectuar el seguimiento de cada unidad de sangre o componente sanguíneo desde el donante hasta su uso terapéutico, fraccionamiento en hemoderivados o su destino final incluyendo su desecho o almacenamiento en serotecas y viceversa.

**4.30 unidad:** Volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un solo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficientes, estériles y carente de pirógenos.

**4.31 UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad, órgano 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.

**4.32 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

### 5.1 Generales

**5.1.1** La entrada en vigor del presente documento actualizará y dejará sin efecto al "Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el Instituto



Mexicano del Seguro Social”, con clave 2430-003-003 y fecha de registro 02 de septiembre de 2019.

**5.1.2** El incumplimiento del contenido del presente documento por las personas servidoras públicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.1.3** El presente procedimiento en el caso de las Unidades Médicas Complementarias, el personal homólogo o responsable deberá asumir el cumplimiento de políticas y actividades expresas correspondientes.

**5.1.4** 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, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia; a través de las pautas de conducta de: buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad y no discriminación; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y superación personal y profesional, aprobado por el Consejo Técnico mediante Acuerdo: ACDO.SA2.HCT.251121/319.P.DA, de fecha 25 de noviembre de 2021.

**5.1.5** El personal involucrado en el presente documento deberá guardar total confidencialidad y discreción respecto al asunto en cuestión, esto incluye el deber de no informar o dar indicio a cualquier persona que no esté involucrada directamente con el proceso, sobre información, documentación y demás datos relacionados con dichos asuntos, los cuales tienen el carácter de ser clasificados como información reservada y confidencial, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 22 y 303 de la Ley del Seguro Social, 16 y 31 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y 110, fracciones VI, VII y VIII, 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**5.1.6** Los Integrantes del Comité de Medicina Transfusional, el personal de salud y administrativo que realiza actividades en los Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria, conducirán en el ámbito de su responsabilidad y nivel organizacional, el cumplimiento y aplicación del presente procedimiento.

**5.1.7** El personal de salud y administrativo que labora en Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria deberán realizar actividades con apego al Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), emitido por el Consejo de Salubridad General, implementado por los Jefes de Departamento Clínico, Comité de Medicina Transfusional y Cuerpo de Gobierno.

**5.1.8** El personal de salud y administrativo que labora en Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria, deberán realizar actividades con apego al Sistema de Hemovigilancia implementado por los Jefes de Departamento Clínico, Jefe de División de Epidemiología Hospitalaria, Comité de Medicina Transfusional y Cuerpo de





Gobierno, que permita la detección y prevención de incidentes indeseados relacionados a medicina transfusional.

**5.1.9** El personal de salud y administrativo que labora en Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria, deberán realizar actividades para el incremento de la seguridad, eficacia y eficiencia del uso de sangre, sus componentes y derivados con fines terapéuticos.

**5.1.10** Corresponde a la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos, en el ámbito de su competencia.

**5.1.11** Los Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria podrán establecer Métodos Específicos de Trabajo, respetando en todo momento lo descrito en el presente procedimiento y observando lo establecido en el Apéndice F de la "Norma para la elaboración, autorización y registro de los documentos normativos internos en el IMSS", clave 0503-001-001.

## **5.2 Específicas**

**Titulares o Personas responsables de la Dirección de UMAE, Dirección Médica, Jefe de la División Médico Quirúrgicas, Jefe de Departamento Clínico de Banco de Sangre y de los Departamentos Clínicos en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención**

**5.2.1** Difundirán, conducirán y supervisarán el cumplimiento y aplicación del presente procedimiento en el ámbito de su competencia.

**Titulares o Personas responsables de la Dirección de UMAE, Dirección Médica y Jefatura de División de Calidad en coordinación con la Coordinación Médica de Turno, Jefatura de División Médico Quirúrgicas, Jefaturas de Departamento Clínico de los que dependa el Banco de Sangre, Centro de Colecta o responsable del procesamiento de componentes sanguíneos**

**5.2.2** Supervisarán e impulsar una política organizacional de igualdad y equidad de género que considere los procesos de atención médica, así como las características de las trabajadoras y trabajadores, a través de una gestión integral que posibilite la instrumentación de medidas armónicas entre sí, con una estrecha relación con la misión y la visión institucional.

**5.2.3** Conformarán el Comité de Medicina Transfusional, para que las actividades de hemotransfusión se realicen conforme a lo establecido en el presente procedimiento e implementarán las medidas correspondientes para su cumplimiento.

**5.2.4** Supervisarán que el personal del Banco de Sangre o Centro de Colecta cumpla en lo relacionado a la estricta confidencialidad sobre la información personal del donante, del



paciente y de los resultados de los estudios de laboratorio, conforme a los controles establecidos por la Secretaría de Salud.

**5.2.5** Implementarán mecanismos que aseguren que toda unidad de sangre o componente sanguíneo procedente de otra unidad ingrese a través del Banco de Sangre o del Servicio de Transfusión Hospitalaria de la unidad receptora, previo a su aplicación terapéutica.

#### **Titular o Responsable de la Dirección Administrativa**

**5.2.6** Será el único responsable de autorizar la baja administrativa de los componentes sanguíneos (la baja física será competencia del personal del Banco de Sangre y del Servicio de Transfusión Hospitalaria).

#### **Titular o Responsable de la Jefatura de División de Ingeniería Biomédica**

**5.2.7** Realizará las evaluaciones a la recepción y de forma periódica de los equipos y tecnología médica usados en Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria.

**5.2.8** Realizará las evaluaciones periódicas y durante su implementación de servicios Web del Instituto, aplicaciones o sistemas informáticos usados en Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión Hospitalaria.

**5.2.9** Informará los hallazgos de las evaluaciones al Titular de Dirección de UMAE y Órganos normativas correspondientes, según sea el caso.

#### **Titular o Responsable de la Jefatura de División de Calidad**

**5.2.10** Informará al Director de UMAE y Director Médico, según corresponda, el estado que guardan las licencias del responsable sanitario para Banco de Sangre, Centro de Colecta y Servicio de Transfusión Hospitalaria, según corresponda, ante COFEPRIS.

#### **Comité de Medicina Transfusional**

**5.2.11** Implementará un Sistema de Gestión de la Calidad, que permita administrar los procesos con apego a estándares y principios de calidad en los Establecimientos de sangre.

**5.2.12** Implementará un Sistema de Hemovigilancia, que permita la detección y prevención de incidentes indeseados relacionados a medicina transfusional, y el incremento de seguridad, eficacia y eficiencia del uso de sangre, sus componentes y derivados, con fines terapéuticos.

**5.2.13** Diseñará e implementará acciones de difusión de las disposiciones jurídicas, marco normativo sectorial e institucional aplicable entre el personal de salud en materia de procesamiento de los componentes sanguíneos y medicina transfusional.



**5.2.14** Supervisará el cumplimiento de la normatividad sectorial e institucional vigente relacionada con el procesamiento de componentes sanguíneos y medicina transfusional, y presentará ante el Cuerpo de Gobierno, las medidas correctivas en caso de incumplimiento.

**5.2.15** Diseñará e implementará acciones con el visto bueno del Cuerpo de Gobierno, que fomente el uso óptimo y racional de los productos sanguíneos, acciones de ahorro en su consumo y tratamiento alternativo al uso de componentes.

**5.2.16** Implementará acciones de capacitación y adiestramiento en materia de procesamiento de componentes sanguíneos y medicina transfusional que incluya: controles de calidad, correcto manejo de red frío, sistema informático, correcto llenado de formatos y aquello que se considere necesario para el personal que participa en el proceso.

**5.2.17** Implementará y supervisará acciones que permitan un abasto de componentes sanguíneos que permitan la autosuficiencia de la Unidad Médica.

**Personal de las Áreas de Toma de Muestra; Sangrado; Procesamiento; Almacenamiento; Distribución; Laboratorio; Aféresis**

**5.2.18** Utilizarán equipo de protección personal que incluya guantes quirúrgicos, gorros, googles y cubre boca al realizar sus actividades.

**5.2.19** Utilizarán el nombre, número de seguridad social e identificación oficial vigente con fotografía para identificar a derechohabientes y con dicha identificación, en caso de donadores no derechohabientes.

**5.2.20** Realizarán la identificación del paciente o del donante a través de su identificación oficial antes de iniciar cualquier actividad médica y administrativa como:

- Administración de medicamentos,
- Transfusión de sangre o componentes,
- Extracción de muestras biológicas para realizar análisis clínicos,
- Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento.

**5.2.21** Utilizarán con eficiencia los recursos humanos y tecnológicos.

**5.2.22** Proporcionarán atención médica continua y permanente.

**5.2.23** Procurarán que el paciente y/o donadores y sus familiares tengan plena satisfacción por la atención médica otorgada.

**5.2.24** Explicarán a los asegurados y beneficiarios los lineamientos, horarios de atención y servicios con los que cuenta la Unidad Médica; así como su ubicación.

**Personal que labora en Bancos de Sangre**



**5.2.25** Aplicarán los procedimientos generales con los Estándares de Calidad Nacionales e Internacionales para el procesamiento de sangre humana en sus componentes con fines terapéuticos y para la producción especializada de componentes sanguíneos.

**Personal que labora en Bancos de Sangre, Centro de Colecta, Servicio de Transfusión Hospitalaria**

**5.2.26** Aplicarán los procedimientos generales y de calidad para la salida física y administrativa de los componentes sanguíneos que serán transfundidos y cumplirán con la normatividad y disposiciones legales sectoriales e institucionales vigentes.

**5.2.27** Aplicarán los procedimientos generales y de calidad para la identificación de la sangre y de los componentes sanguíneos no aptos para ser transfundidos, para gestionar la baja física y administrativa con apego a la normatividad y disposiciones legales sectoriales e institucionales vigentes.

**5.2.28** Vigilarán que no egrese de sus correspondientes áreas ningún componente sanguíneo cuando exista cualquier duda, discrepancia, anomalía, u omisión en el procedimiento de selección del donante, de la identidad de la unidad, en los resultados de estudios de laboratorio, en su conservación, en los registros o cualquier otra circunstancia que pusiera en riesgo la salud del receptor del componente sanguíneo.

El presente procedimiento atiende al contenido de:

- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero del 1984 y sus reformas.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 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 20 de febrero de 1985.
- 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 día 10 de noviembre 2010.



- 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-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de junio de 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológicos infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero del 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 que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2000-001-020, registrada el 27 de noviembre de 2017.







Responsable	Descripción de actividades
Médico responsable del área de fraccionamiento	<p>frio del Banco de Sangre y archiva:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2);</li><li>• “Solicitud al Área de Trasfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3), flebotomía y el procesamiento de la sangre.</li></ul> <p>NOTA: En caso de contar con sistema Informático, se debe adecuar los formatos, para validar la existencia.</p> <p>4. Mantiene la existencia mínima necesaria de componentes sanguíneos habituales, para trasplantes y realiza la notificación vía telefónica o personalmente al responsable del área de fraccionamiento de eventos especiales.</p> <p>5. Recibe llamadas telefónicas de los diferentes hospitales para reserva de algún componente por alguna situación especial o urgencia médico-quirúrgica.</p> <p>6. Determina tipo y número de componentes sanguíneos a obtener por unidad de sangre total y registra en el formato “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008 (Anexo 1).</p> <p>NOTA: En caso de contar con sistema informático, debe quedar registrado el procesamiento de sangre y adecuar los formatos en dicho sistema.</p>
Personal responsable del área de fraccionamiento	<p>7. Comunica personalmente tipo y número de componentes sanguíneos que se deben obtener y entrega al Personal responsable del área de fraccionamiento el “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008 (Anexo 1).</p> <p>8. Recibe del Médico responsable del área de fraccionamiento el “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008 (Anexo 1) con la especificación del tipo y número de componentes sanguíneos a obtener tras el procesamiento.</p> <p>9. Realiza el procesamiento de la sangre, requisita el documento “Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día” clave 2430-022-011 (Anexo 4) y verifica si los componentes sanguíneos son aptos.</p>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal responsable del área de fraccionamiento</p> <p>Médico responsable de la atención médica del banco de sangre</p> <p>Personal responsable del área de fraccionamiento</p>	<p style="text-align: center;"><b>Componentes sanguíneos no aptos</b></p> <p><b>10.</b> Identifica y separa el o los componente(s) sanguíneos que no cumplen con los requisitos para ser transfundidos (bolsas rotas, contaminación, volumen insuficiente, lipemia, ictericia, etcétera), solicita de manera verbal al Médico responsable de la atención médica del Banco de Sangre su informe.</p> <p><b>11.</b> Comunica de manera verbal al Personal responsable del área de fraccionamiento los casos de baja por auto-exclusión del donante de acuerdo a lo consignado en el “Cuestionario de auto exclusión FBS-12”, clave 2430-022-015 y los casos de exclusión por terceros o por indicación médica.</p> <p>NOTA: El “Cuestionario de auto exclusión FBS-12” clave 2430-022-015, es el Anexo 15 del Procedimiento para la atención de donadores de sangre o sus componentes en los Bancos de Sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social, clave 2430-003-001.</p> <p><b>12.</b> Recibe la información y reúne la sangre total y los componentes sanguíneos excluidos por auto-exclusión del donante y los que no cumplen con los requisitos para ser fraccionados (producto no conforme).</p> <p>NOTA: El Médico responsable del área de fraccionamiento, es quien generará la baja en las unidades que no cumplen con los requisitos en el área de sangrado y en fraccionamiento.</p> <p><b>13.</b> Envía el producto no conforme al Área asignada para su custodia y destino final:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las bolsas con los componentes sanguíneos fraccionados que resultaron con serología infecciosa positiva;</li><li>• “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre” FBS-4, clave 2430-022-008 (Anexo 1), con el registro de los componentes sanguíneos fraccionados;</li><li>• “Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día” clave 2430-022-011 (Anexo 4).</li></ul> <p>Continúa en la actividad 94.</p> <p style="text-align: center;"><b>Componentes sanguíneos aptos</b></p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal responsable del área de fraccionamiento	<p><b>14.</b> Pone a disposición del personal médico de las Unidades Médicas los componentes sanguíneos aptos en la red de frío del Banco de Sangre.</p>
Médico no Familiar tratante	<p style="text-align: center;"><b>Etapa II</b> <b>Solicitud de producción especializada de componentes sanguíneos</b></p> <p><b>15.</b> Identifica la necesidad de disponer de componentes sanguíneos de producción especializada para la aplicación al paciente durante el proceso de la atención médica.</p> <p><b>16.</b> Elabora “Resumen clínico” del paciente que requiere de un componente sanguíneo de producción especializada y elabora la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3).</p> <p><b>17.</b> Notifica y solicita autorización del componente sanguíneo de producción especializada al Jefe de Departamento Clínico con el “Resumen clínico” del paciente y la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3).</p>
Jefe de Departamento Clínico	<p><b>18.</b> Recibe el “Resumen clínico” del paciente que requiere de un componente sanguíneo de producción especializada junto con la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3), comunica el caso al Personal responsable del área de despacho del Servicio de Transfusión Hospitalaria y envía documentos.</p>
Personal responsable del área de despacho del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<p><b>19.</b> Identifica en la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3), la petición de algún componente sanguíneo de producción especializada y recibe el “Resumen clínico” del paciente.</p> <p><b>20.</b> Notifica de forma verbal la situación al Responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria y entrega “Resumen clínico” del paciente que requiere de un componente sanguíneo de producción especializada junto con la “Solicitud al Área de Trasmisión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3).</p>
Responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<p><b>21.</b> Recibe “Resumen clínico” del paciente que requiere de un componente sanguíneo de producción especializada junto con la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3).</p>





Responsable	Descripción de actividades
<p>Responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Jefe de Departamento Clínico tratante</p> <p>Médico no Familiar tratante</p>	<p><b>26.</b> Informa de manera verbal o telefónica al Jefe de Departamento Clínico tratante del paciente, la autorización para la petición y le solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tubos con la muestra sanguínea del paciente, si el caso lo requiere;</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5);</li><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3), en original y dos copias.</li></ul> <p><b>27.</b> Informa de forma verbal al Médico no Familiar tratante de la autorización de la petición del componente sanguíneo y solicita:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tubos con la muestra sanguínea del paciente, si el caso lo requiere;</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5);</li><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3), original y dos copias.</li></ul> <p><b>28.</b> Informa de forma verbal al paciente y familiar o persona legalmente responsable, sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como de la necesidad de requerir apoyo transfusional como parte de su tratamiento de un componente sanguíneo que requiere procesamiento especial, le explica con claridad los riesgos y eventuales complicaciones y aclara dudas.</p> <p><b>29.</b> Elabora nota médica en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, que debe contener:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha y hora;</li><li>• Interrogatorio;</li><li>• Hallazgos a la exploración física;</li><li>• Signos vitales;</li><li>• Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete;</li><li>• Probable(s) diagnóstico(s);</li><li>• Tratamiento;</li><li>• Pronóstico;</li><li>• Nombre, firma y matrícula del Médico no Familiar;</li></ul> <p>requisita el formato “Carta de consentimiento informado para la transfusión” clave 2430-009-001 y los anexa al</p>







Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Especialista o Enfermera General responsable del paciente	<p>especializado FBS-30” clave 2430-022-012” (Anexo 5) para llevar a cabo la toma de muestra sanguínea y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p> <p><b>34.</b> Acude al área en donde se encuentra el paciente, le pregunta su nombre, acorde a su edad y condición clínica, y lo corrobora con la “Pulsera de identificación” que porta en la mano derecha que cuenta con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo;</li><li>• Número de Seguridad Social y agregado;</li><li>• Sexo;</li><li>• No. de cama;</li><li>• Servicio;</li><li>• Fecha de ingreso;</li><li>• Fecha de nacimiento.</li></ul> <p>NOTA 1: La “Pulsera de identificación” que porta el paciente, preferentemente debe estar en la mano derecha.</p> <p>NOTA 2: Confirma su identidad mediante la AESP. 1.</p> <p><b>35.</b> Coteja los datos de la “Pulsera de identificación” del paciente contra la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3) y “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012” (Anexo 5) y de existir algún error, lleva a cabo las gestiones pertinentes hasta su corrección.</p> <p><b>36.</b> Elabora con tela adhesiva las “Etiquetas de identificación para tubos con la muestra sanguínea del paciente” con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo;</li><li>• Número de Seguridad Social y agregado del paciente;</li><li>• No. de cama;</li><li>• Servicio;</li><li>• Fecha y hora en la que se tomó la muestra sanguínea;</li></ul> <p>y adhiere a los tubos para las muestras sanguíneas del paciente las “Etiquetas de identificación para tubos con la muestra sanguínea del paciente”.</p>



Responsable	Descripción de actividades
Médico no Familiar tratante	<p><b>37.</b> Obtiene la muestra de sangre del paciente de acuerdo a las “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030, la deposita en los tubos previamente etiquetados y entrega a la Enfermera Especialista o Enfermera General responsable del paciente.</p> <p>NOTA 1: El formato “Instrucciones para obtener muestra de sangre” clave 2430-005-030, se puede consultar a través de la siguiente liga: <a href="http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx">http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx</a></p> <p>NOTA 2: Acorde a la estructura y capacidad de la Unidad Médica, el Personal de Salud puede realizar la toma de muestra de sangre.</p>
Enfermera Especialista o Enfermera General responsable del paciente	<p><b>38.</b> Recibe los tubos etiquetados con las muestras sanguíneas, registra las acciones realizadas en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86”, así como su nombre y matrícula del responsable de la toma de la muestra sanguínea y entrega a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio los tubos con los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3), original y dos copias;</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5);</li></ul> <p>NOTA: El formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería 4-30-61/86”, se puede consultar a través de la siguiente liga: <a href="http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx">http://comunidades:106/sites/dpm/cumae/Paginas/Administraci%C3%B3n%20y%20Gesti%C3%B3n.aspx</a></p>
Enfermera Jefe de Piso o Responsable del servicio	<p><b>39.</b> Recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los tubos etiquetados con las muestras sanguíneas;</li><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3) en original y dos copias y</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5);</li></ul> <p>y entrega al Mensajero o Personal asignado para su traslado al Servicio de Transfusión Hospitalaria.</p>









Responsable	Descripción de actividades
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tubos etiquetados con la muestra sanguínea del paciente si el caso lo requiere;</li><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3) original y copia;</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5) donde vienen anotados los componentes;</li><li>• Bolsa con componente sanguíneo compatible con el paciente;</li><li>• “Resumen clínico” del paciente.</li></ul>
Personal responsable del área de producción especializada del banco de sangre	<p><b>55.</b> Recibe del Área de Despacho del Banco de Sangre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tubos etiquetados con la muestra sanguínea del paciente si el caso lo requiere;</li><li>• “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16”, clave 2430-022-010 (Anexo 3) original y copia;</li><li>• “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5) donde vienen anotados los componentes;</li><li>• Bolsa con componente sanguíneo compatible con el paciente;</li><li>• “Resumen clínico” del paciente.</li></ul> <p><b>56.</b> Notifica al Médico responsable del área de producción especializada de banco de sangre, solicita la validación de la información recibida con el registro de su nombre, matrícula y firma en la “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5), la cual envía.</p>
Médico responsable del área de producción especializada del banco de sangre	<p><b>57.</b> Recibe y verifica los datos consignados en la “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5), valida mediante el registro de su nombre, matrícula y firma, la entrega al Personal responsable del área de producción especializada del banco de sangre.</p> <p>NOTA: El Médico responsable del área de producción especializada preferentemente establecerá comunicación con el Departamento Clínico responsable de la atención médica del paciente para explicar las condiciones y requisito necesario para realizar la transfusión del componente sanguíneo de producción especial.</p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal responsable del área de producción especializada del banco de sangre</p>	<p><b>58.</b> Recibe los componentes sanguíneos del paciente y la “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5).</p> <p><b>59.</b> Valida las pruebas (laboratorio de inmunohematología) de procesamiento correspondiente al componente sanguíneo solicitado, realiza el procedimiento especial solicitado de acuerdo al “Manual de procedimientos técnico administrativos” y re-etiqueta el hemoderivado haciendo referencia al tipo de procesamiento efectuado con la nueva fecha de caducidad, según aplique.</p> <p>NOTA: Estos manuales se encuentran en las áreas y corresponden a los manuales de operación de equipos y reactivos, etc.</p> <p><b>60.</b> Registra en la “Libreta de control” el procedimiento realizado, requisita los datos solicitados en el reverso de la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3) original y copia y archiva de forma definitiva la “Solicitud de procesamiento especializado FBS-30” clave 2430-022-012 (Anexo 5) con el “Resumen clínico” del paciente.</p> <p><b>61.</b> Envía al Área de despacho del banco de sangre el componente sanguíneo y el formato “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3) original y copia.</p>
<p>Personal del área de despacho del banco de sangre</p>	<p><b>62.</b> Recibe la “Solicitud al Área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 (Anexo 3) en original, que se mantiene en resguardo durante el proceso en el área; y la copia junto con el componente sanguíneo, el cual mantiene en condiciones óptimas de almacenamiento hasta su reclamo y notifica vía telefónica su disponibilidad al Personal del Servicio de Transfusión Hospitalaria correspondiente.</p>
<p>Personal del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p>	<p><b>63.</b> Recibe llamada telefónica y envía al Área de Despacho del Banco de Sangre la copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2).</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapa III</b> <b>Control de salida de componentes sanguíneos del Banco de Sangre</b></p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Personal del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Personal responsable del área de despacho del banco de sangre</p>	<p><b>64.</b> Requisita correctamente una nueva “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) en original y copia, con los componentes sanguíneos necesarios para satisfacer su demanda en el proceso de atención médica y la envía al Banco de Sangre correspondiente.</p> <p>NOTA: El número y tipo de componentes sanguíneos a solicitar se encuentra determinado por las reuniones de trabajo y los acuerdos generados entre el Comité de Medicina Transfusional y la gestión con el Banco de Sangre correspondiente.</p> <p><b>65.</b> Entrega el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) al Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria.</p> <p><b>66.</b> Recibe el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) y acude al Banco de Sangre correspondiente.</p> <p>NOTA: Se deberá presentar con recipiente térmico que garantice que se cumplan las condiciones óptimas de conservación durante el transporte de los componentes sanguíneos.</p> <p><b>67.</b> Presenta su “Gafete de identificación IMSS” al Personal Responsable del área de despacho del banco de sangre y entrega el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2).</p> <p><b>68.</b> Verifica la identidad en “Gafete de identificación IMSS”, recibe el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2).</p> <p><b>69.</b> Revisa que la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) se encuentre elaborada de forma completa y correcta.</p> <p style="text-align: center;"><b>La información no está completa o no es correcta</b></p> <p><b>70.</b> Devuelve al Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) y solicita la corrección correspondiente.</p> <p>Continúa en la actividad 64.</p>



Responsable	Descripción de actividades
<p>Personal responsable del área de despacho del banco de sangre</p> <p>Médico responsable del área de despacho del banco de sangre</p> <p>Personal responsable del área de despacho del banco de sangre</p>	<p><b>La información está completa y es correcta</b></p> <p><b>71.</b> Entrega el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) al Médico responsable del área de despacho del banco de sangre.</p> <p><b>72.</b> Recibe el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2), valida la petición de los componentes y autoriza su salida con el registro de su nombre, matrícula y firma.</p> <p><b>73.</b> Entrega el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) al Personal Responsable del Área de Despacho del Banco de Sangre y le notifica la autorización para la salida de los componentes sanguíneos solicitados.</p> <p><b>74.</b> Recibe el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) con la autorización para la salida, los localiza en la red de frío o en el agitador de concentrados plaquetarios según sea el caso, y los extrae.</p> <p><b>75.</b> Asigna folio de salida por cada “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2).</p> <p>NOTA: En caso de contar con sistema informático, debe tener el formato de egreso de componentes; anexando original y copia del formato FBS-9 al egreso del sistema.</p> <p><b>76.</b> Requisita en el original y copia de la “Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9” clave 2430-022-009 (Anexo 2) el número y tipo de componentes sanguíneos que egresarán del Banco de Sangre y registra el egreso de cada uno de ellos en el “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre” FBS-4 clave 2430-022-008 (Anexo 1).</p> <p>NOTA 1: Se podrá registrar el egreso de los componentes sanguíneos de forma electrónica en aquellos Bancos de Sangre que cuenten con un sistema informático diseñado para tal propósito y que haya sido autorizado para su uso por el Director del Banco de Sangre.</p> <p>NOTA 2: Los componentes sanguíneos que, por alguna situación especial regresen al Banco de Sangre para un procedimiento especial deberán ser registrados en una “Bitácora Interna” registrando: fecha y</p>



Responsable	Descripción de actividades
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre	hora, número de unidad, tipo de componente, procedimiento a realizar, nombre del paciente, diagnóstico, nombres y firmas del responsable de la recepción y del procedimiento.
Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>77.</b> Entrega al Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria los componentes sanguíneos solicitados, los coteja en voz alta y en su presencia, el número y tipo de los mismos.
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre y Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>78.</b> Recibe los componentes sanguíneos solicitados y lo coteja con los datos registrados en la "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009 (Anexo 2).
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre y Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>79.</b> Embalan los componentes sanguíneos en contenedores destinados específicamente para ello durante el transporte.
Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	NOTA: Los concentrados eritrocitarios deberán transportarse a temperatura entre 2 y 8oC. Los plasmas deberán mantenerse a una temperatura de - 17oC. Concentrados plaquetarios y aféresis podrán mantenerse a temperatura ambiente o entre 21 y 24oC.
Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>80.</b> Firma de recibido en el original y copia de "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009 (Anexo 2) y registra la hora y la fecha de recepción.
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre	<b>81.</b> Entrega al Personal responsable del área de despacho del banco de sangre, el original de la "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009 (Anexo 2) y transporta a la brevedad los componentes sanguíneos al Servicio de Transfusión Hospitalaria.
Personal responsable del área de despacho del banco de sangre	<b>82.</b> Archiva de forma definitiva el original de la "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009 (Anexo 2) y entrega originales de ingresos y egresos a Contraloría de la unidad para informes posteriores internos o externos del Banco de Sangre.
Mensajero o personal asignado del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>83.</b> Entrega al Personal del Servicio de Transfusión Hospitalaria el contenedor de transporte con los componentes sanguíneos y la copia de la "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009 (Anexo 2).
Personal del Servicio de Transfusión Hospitalaria	<b>84.</b> Recibe el contenedor de transporte con los componentes sanguíneos y la copia de la "Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9" clave 2430-022-009









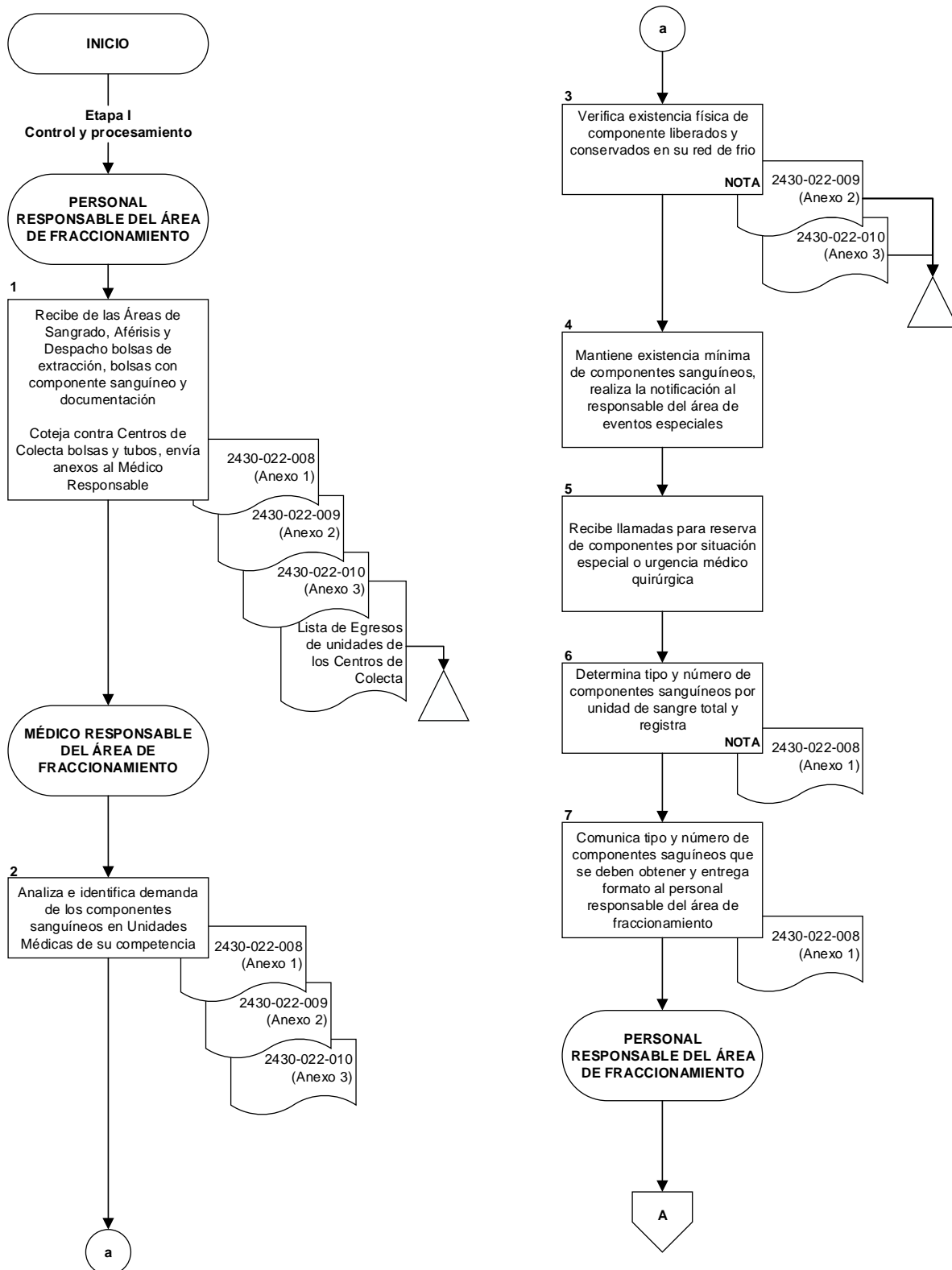
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Personal Responsable de las Áreas de Fraccionamiento, Sangrado, Aféresis, Serología y Despacho del Banco de Sangre o Responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Médico responsable del área</p> <p>Personal responsable de las áreas de fraccionamiento, sangrado, aféresis, serología y despacho del banco de sangre o responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Director o Subdirector Administrativo de la Unidad Médica</p>	<p><b>95.</b> Anota en la “Etiqueta de identificación” de cada bolsa de sangre total o de componente sanguíneo la leyenda: “BAJA NO TRANSFUNDIRSE” o cualquier otra medida que garantice su exclusión del uso terapéutico, en tanto se le da destino final, a la brevedad.</p> <p><b>96.</b> Elabora la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) con los datos de las unidades de los componentes sanguíneos a dar de baja.</p> <p><b>97.</b> Entrega al Médico responsable del área la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) y solicita su firma para autorizar la baja de cada uno de los componentes sanguíneos o sangre total registrados.</p> <p><b>98.</b> Recibe la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6), verifica que coincida lo registrado contra los componentes a dar de baja y firma de conformidad.</p> <p><b>99.</b> Regresa la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) al Personal responsable del área y realiza las actividades referentes a la hemovigilancia y trazabilidad, las cuales son establecidas por el Comité de Medicina Transfusional de la Unidad Médica.</p> <p><b>100.</b> Recibe la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) y solicita la firma del Director o Subdirector Administrativo según sea el caso, para dar la baja de los componentes sanguíneos.</p> <p><b>101.</b> Recibe la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) y coteja los datos contra lo registrado en los componentes a dar de baja y firma de conformidad.</p> <p><b>102.</b> Entrega la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) al Personal responsable del área.</p>

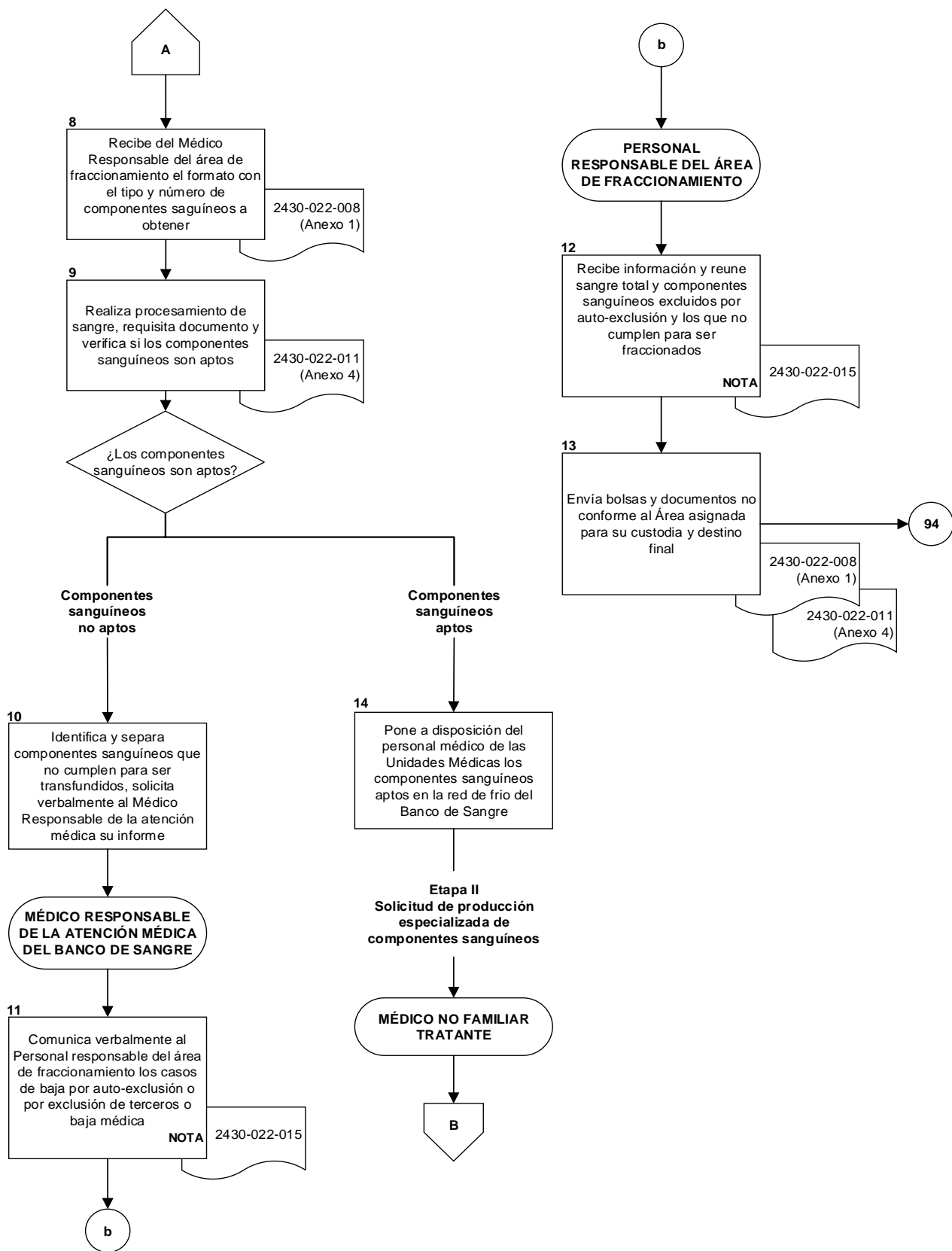


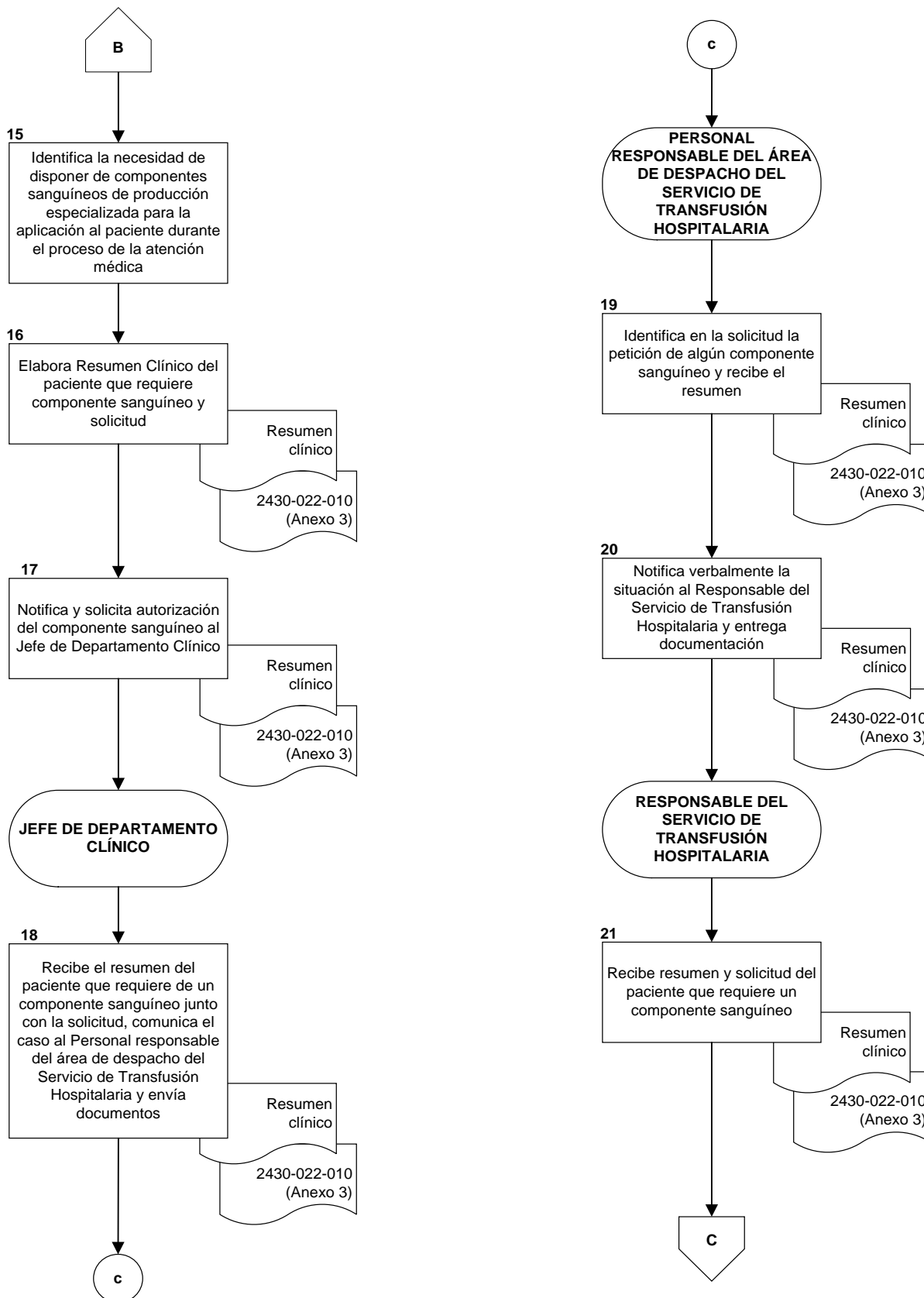
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Director o Subdirector Administrativo de la Unidad Médica</p> <p>Personal responsable de las áreas de fraccionamiento, sangrado, aféresis, serología y despacho del banco de sangre o responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria</p> <p>Personal designado por el Director o Subdirector Administrativo de la Unidad Médica</p> <p>Jefe de Departamento Clínico o Responsable del Banco de Sangre</p>	<p><b>103.</b> Instruye al Personal designado por él mismo para que acuda al Área designada por la Unidad Médica para supervisar el destino final de los componentes o sangre total según sea el caso.</p> <p><b>104.</b> Recibe “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) y registra la baja de cada uno de los componentes o sangre total según sea el caso en el “Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4” clave 2430-022-008 (Anexo 1).</p> <p><b>105.</b> Deposita en el contenedor, en presencia del Personal designado por el Director o Subdirector Administrativo de la Unidad Médica, cada una de las bolsas a dar de baja y coteja con los datos registrados en la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6).</p> <p><b>106.</b> Supervisa conjuntamente con el Personal responsable del área que se lleve a cabo el depósito de los componentes sanguíneos en el contenedor para residuos peligrosos biológico infecciosos, para su posterior identificación, de acuerdo a lo registrado en la “Baja de sangre y sus componentes FBS-5” clave 2430-022-013 (Anexo 6) y lo archiva.</p> <p><b>107.</b> Identifican, separan y depositan los residuos biológicos-infecciosos o tóxico- peligrosos que se generan durante el proceso de donación, en los contenedores específicos.</p> <p><b>108.</b> Supervisa la identificación, separación y depósito de los residuos biológicos-infecciosos o tóxico-peligrosos que se generan durante la atención médica del paciente, en los contenedores específicos.</p> <p><b>109.</b> Requisita los formatos y envía al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de la Secretaría de Salud.</p> <p>NOTA: Los formatos “Informes mensuales de la disposición de sangre y componentes sanguíneos” modalidad A, B y C se encuentran inmersos en el trámite CNTS-01-003, publicado en el “ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites y 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 Nacional de Mejora Regulatoria”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de junio de 2017. <a href="https://catalogonacional.gob.mx/FichaTramite/CNTS-01-003-A.html">https://catalogonacional.gob.mx/FichaTramite/CNTS-01-003-A.html</a></p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del procedimiento</b></p>

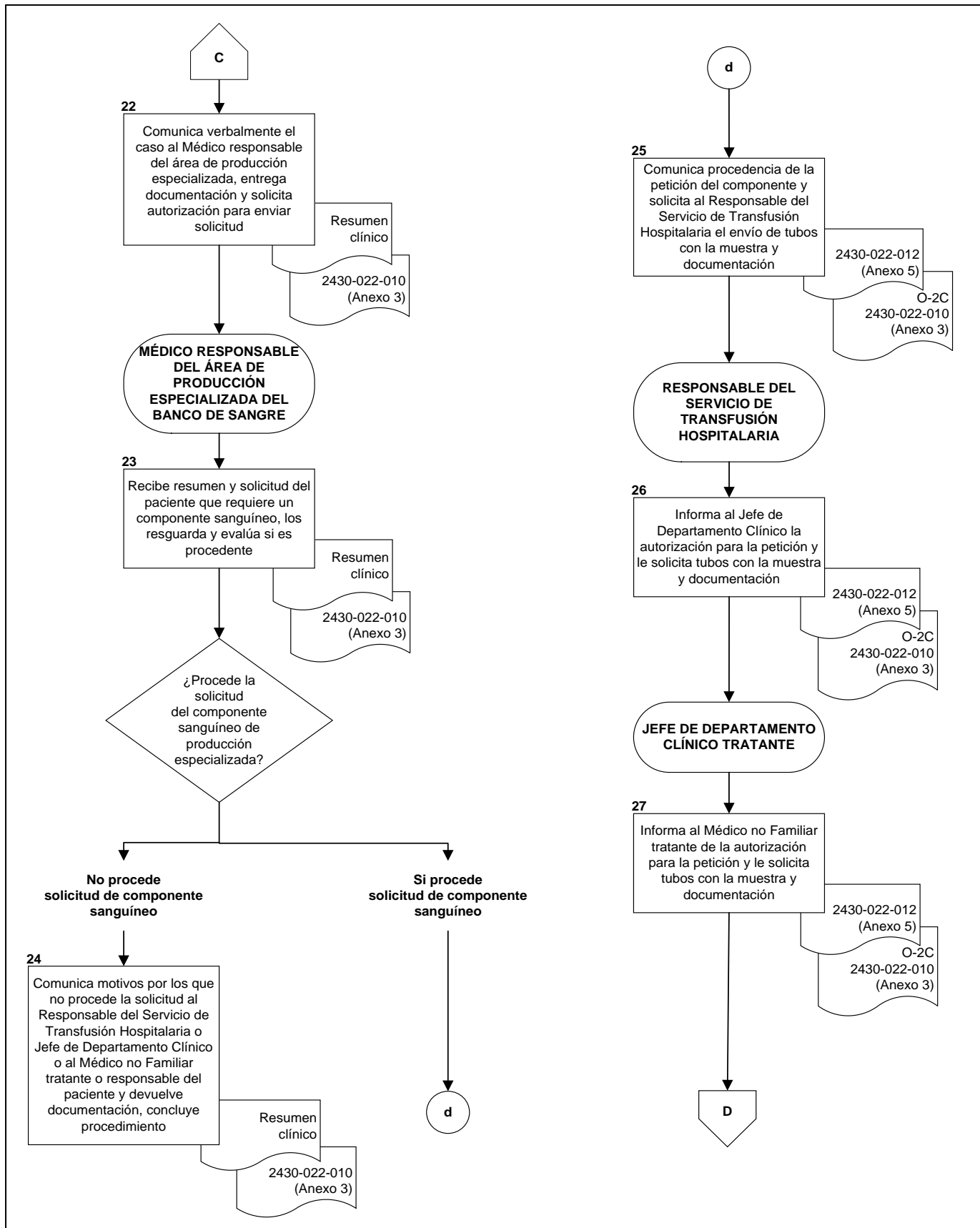


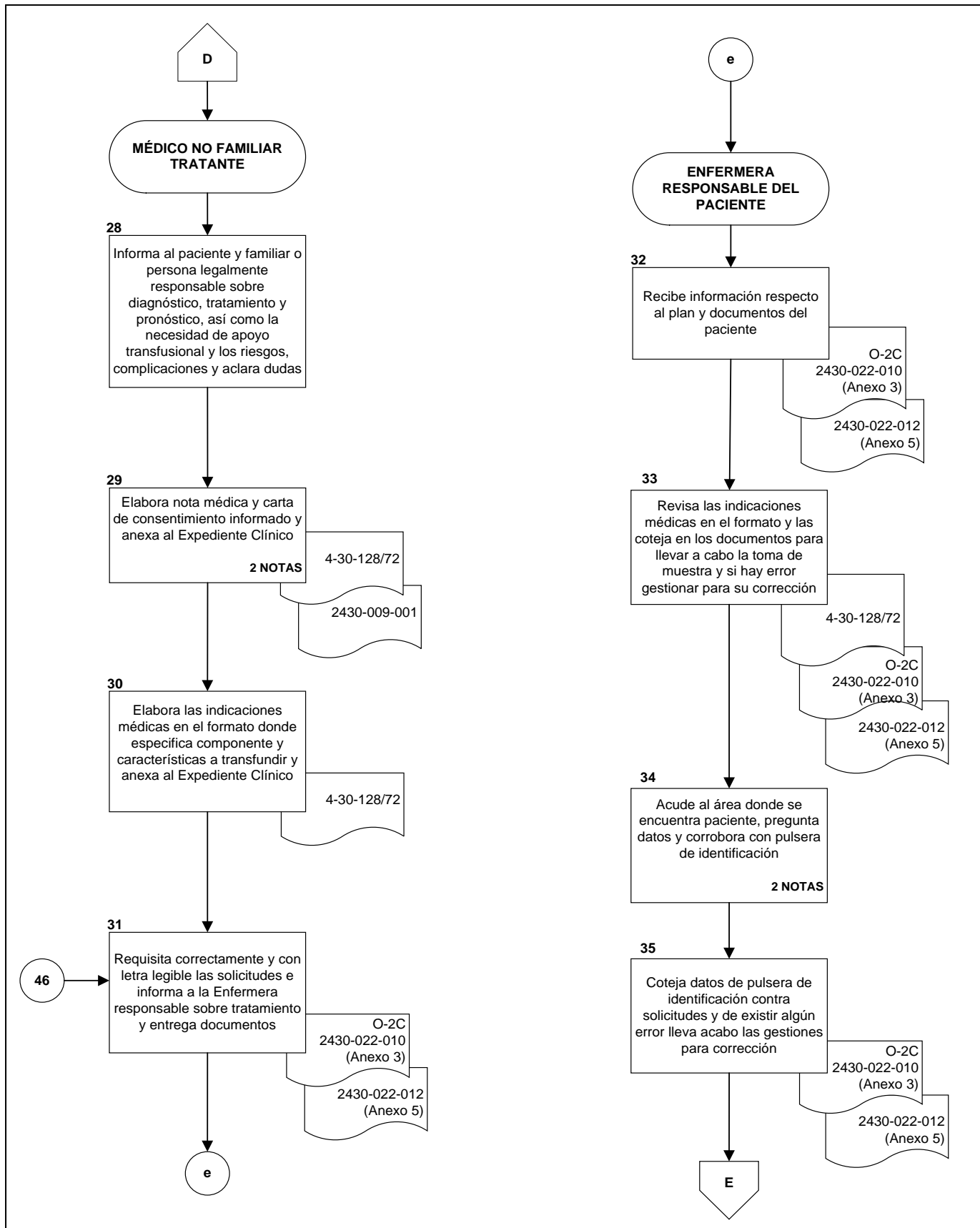
## 7 Diagrama de flujo



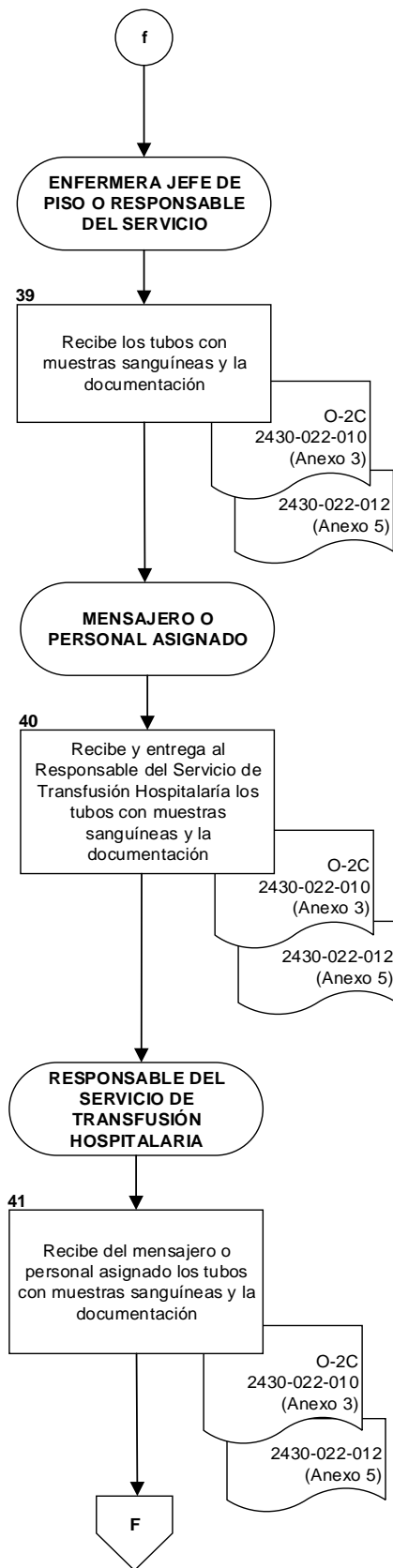
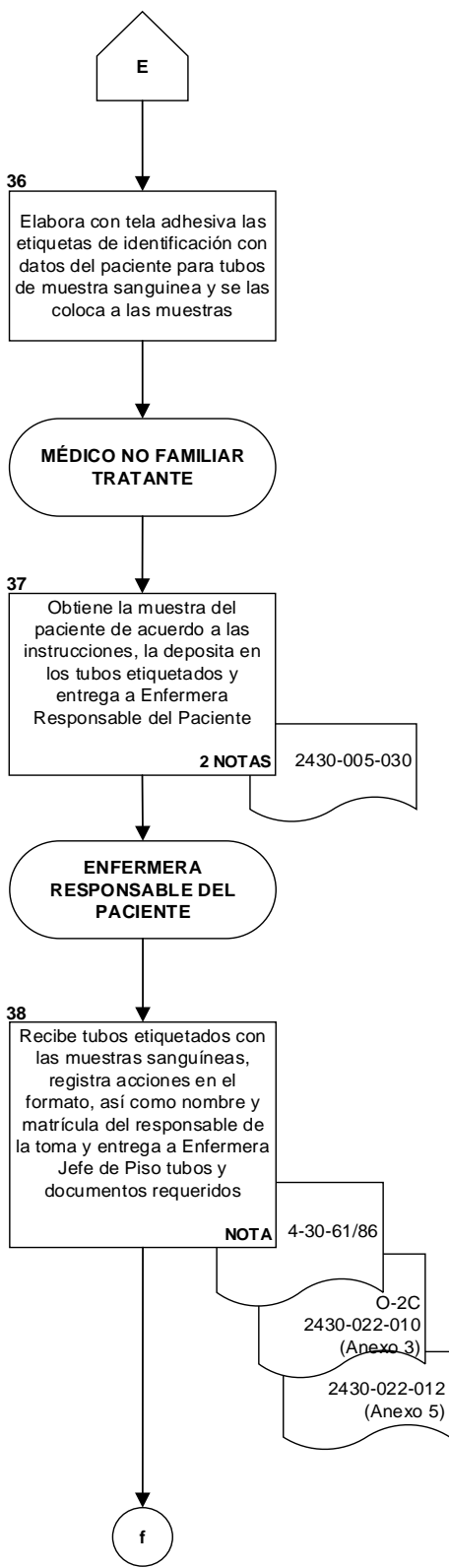


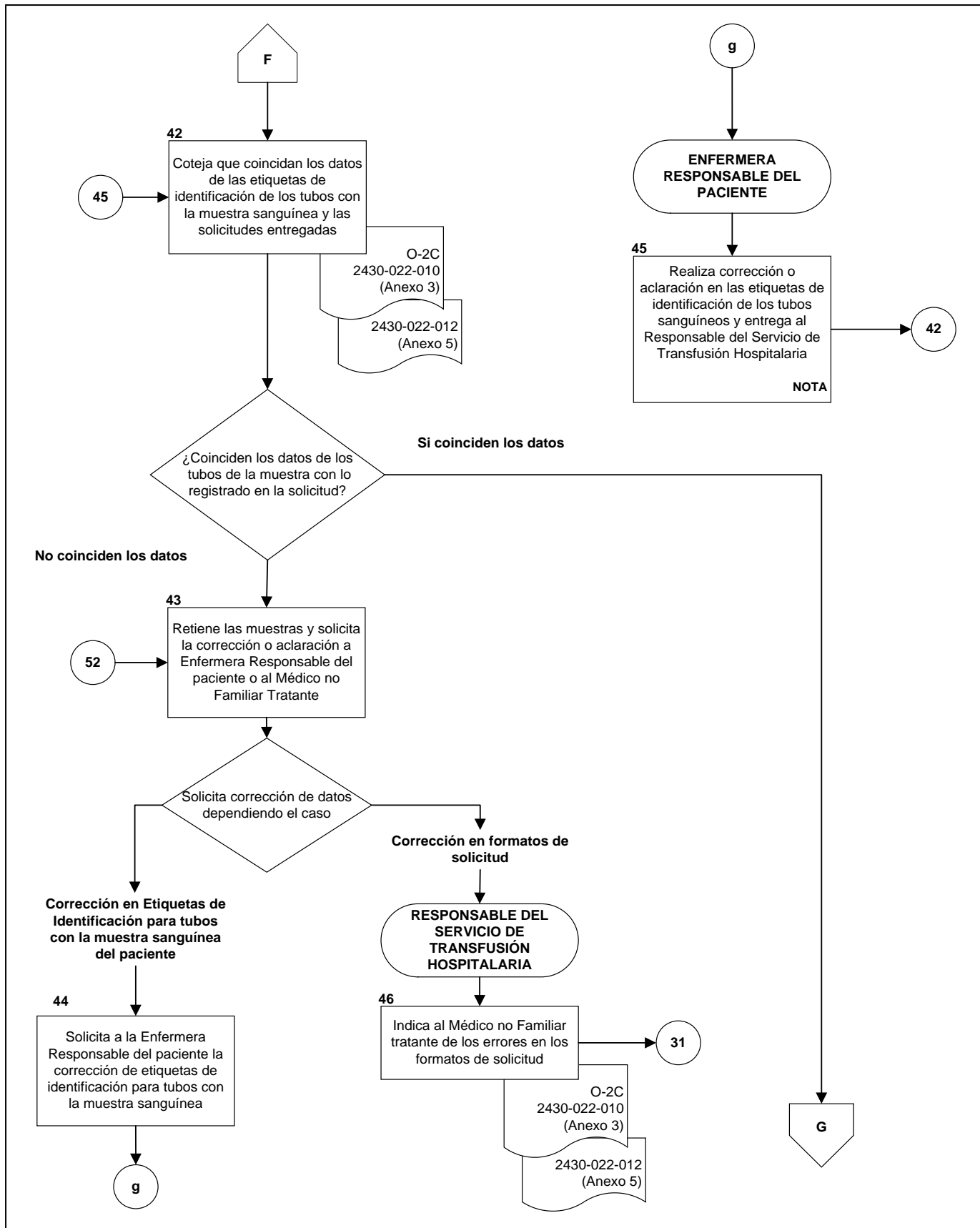


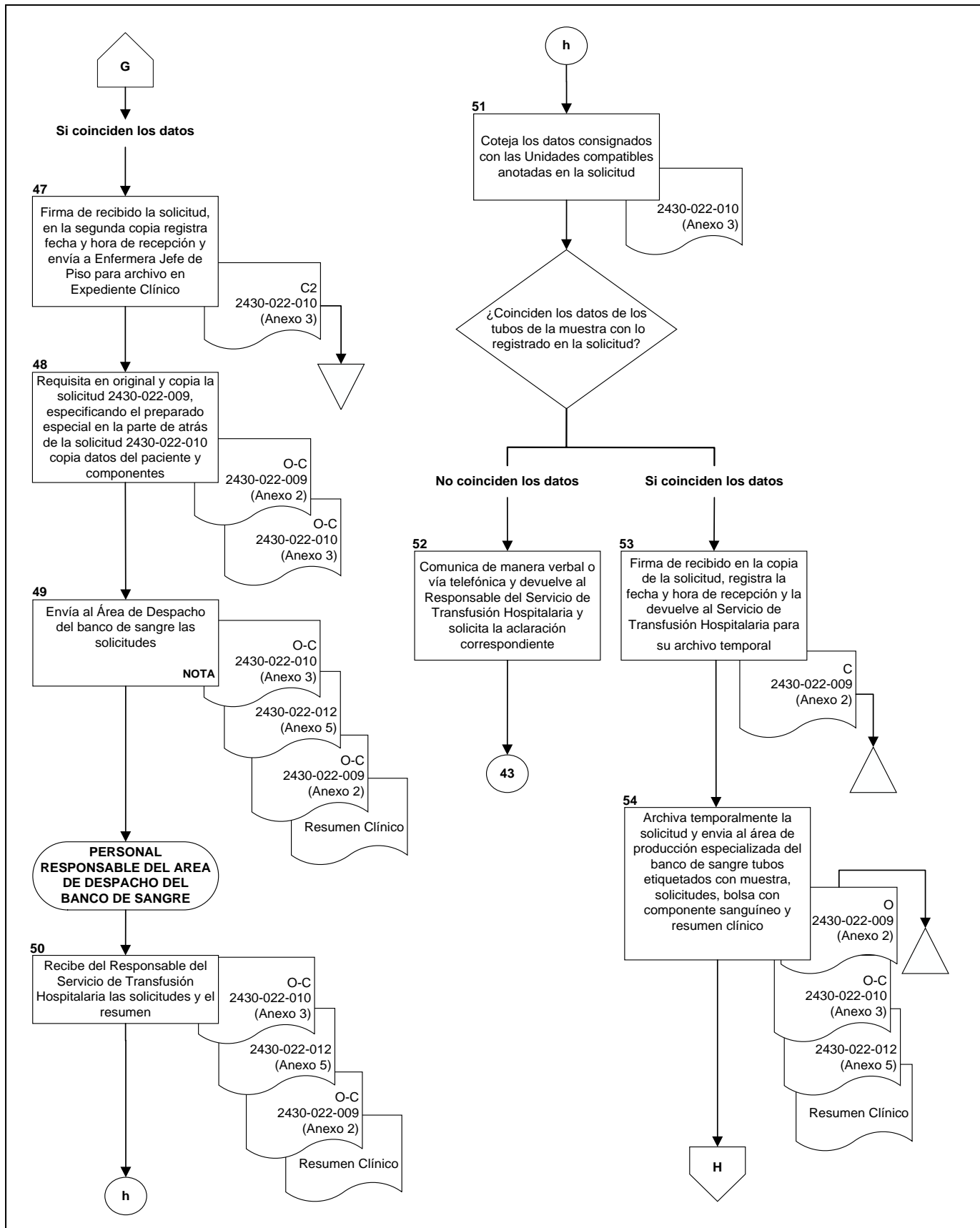


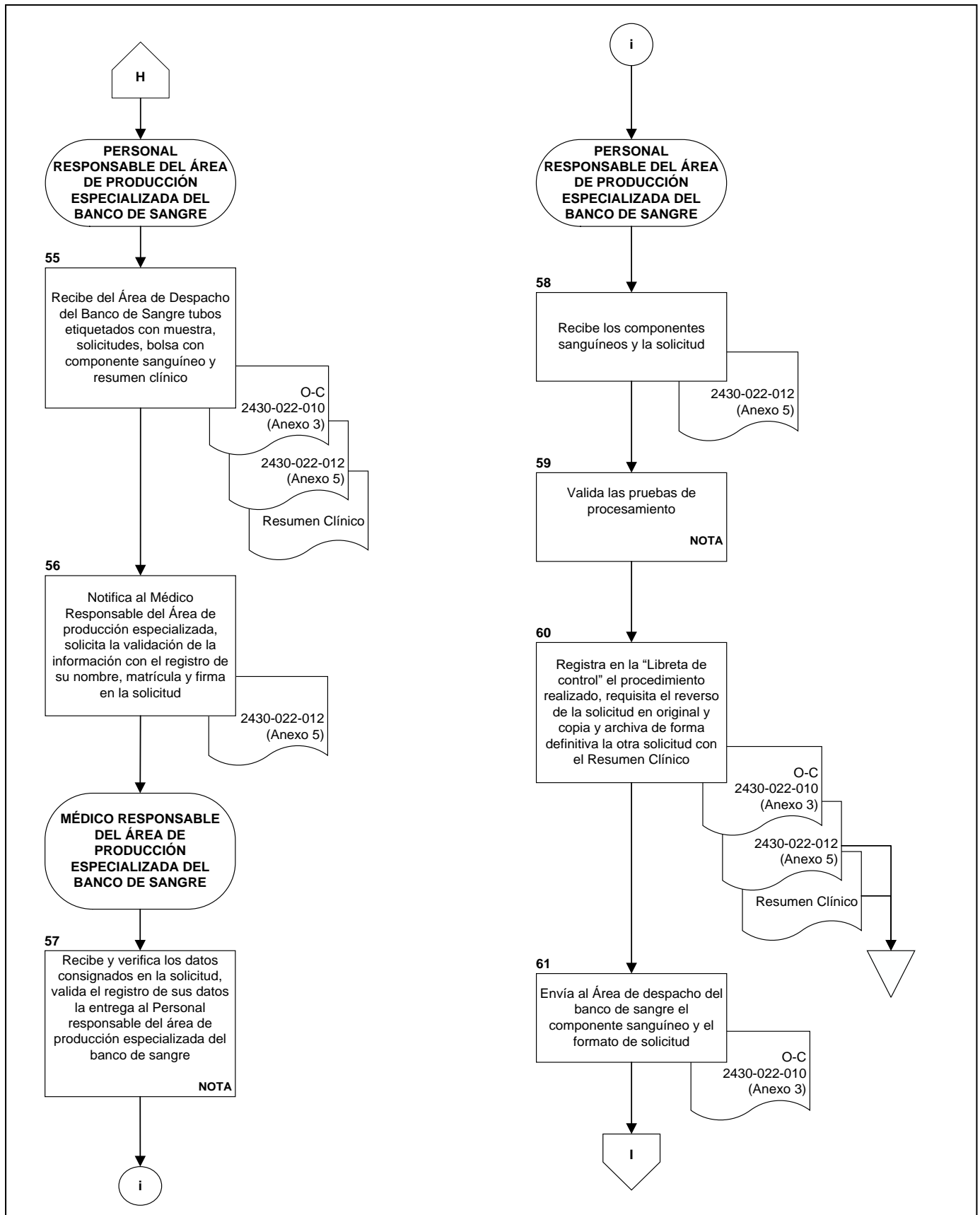


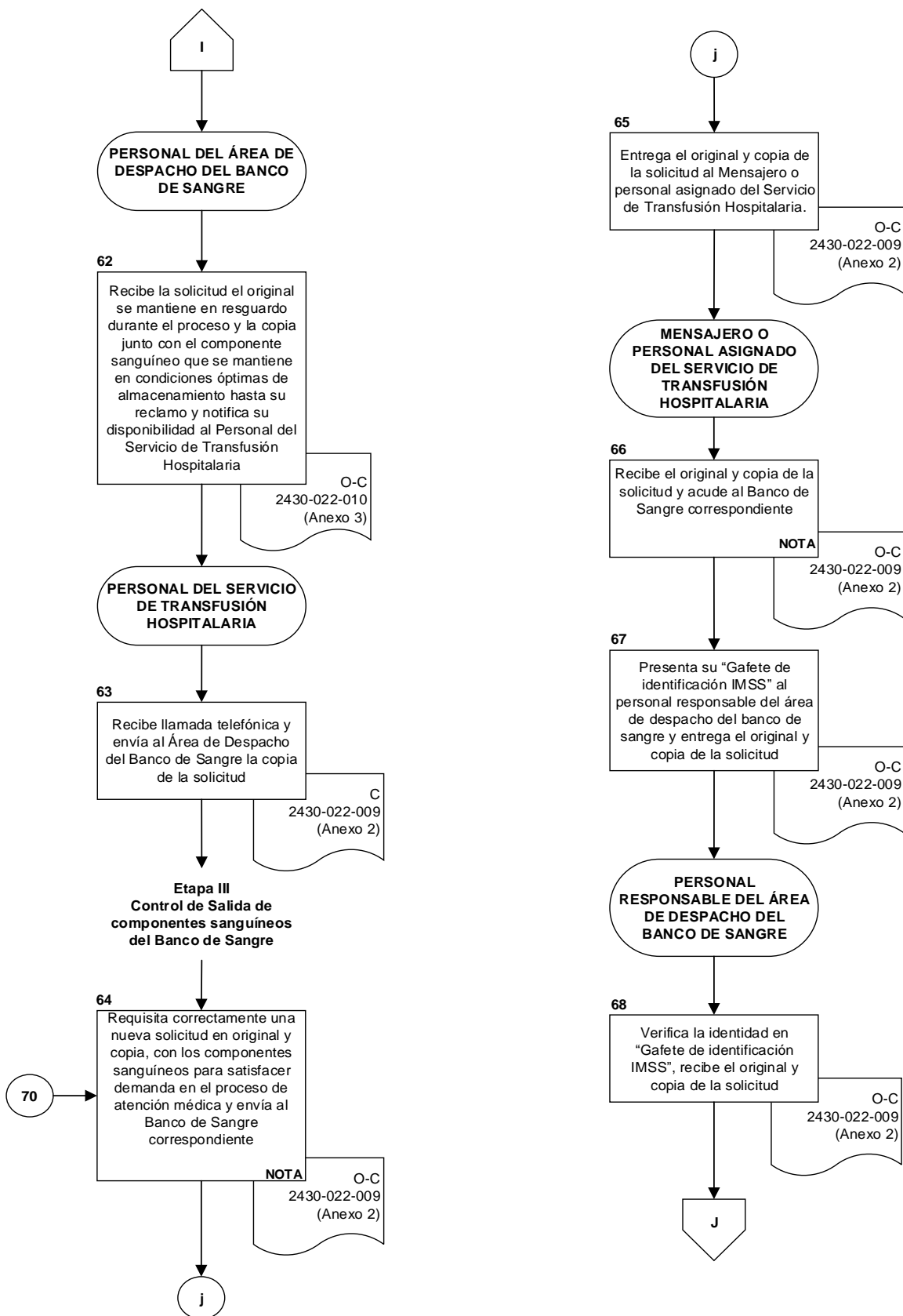


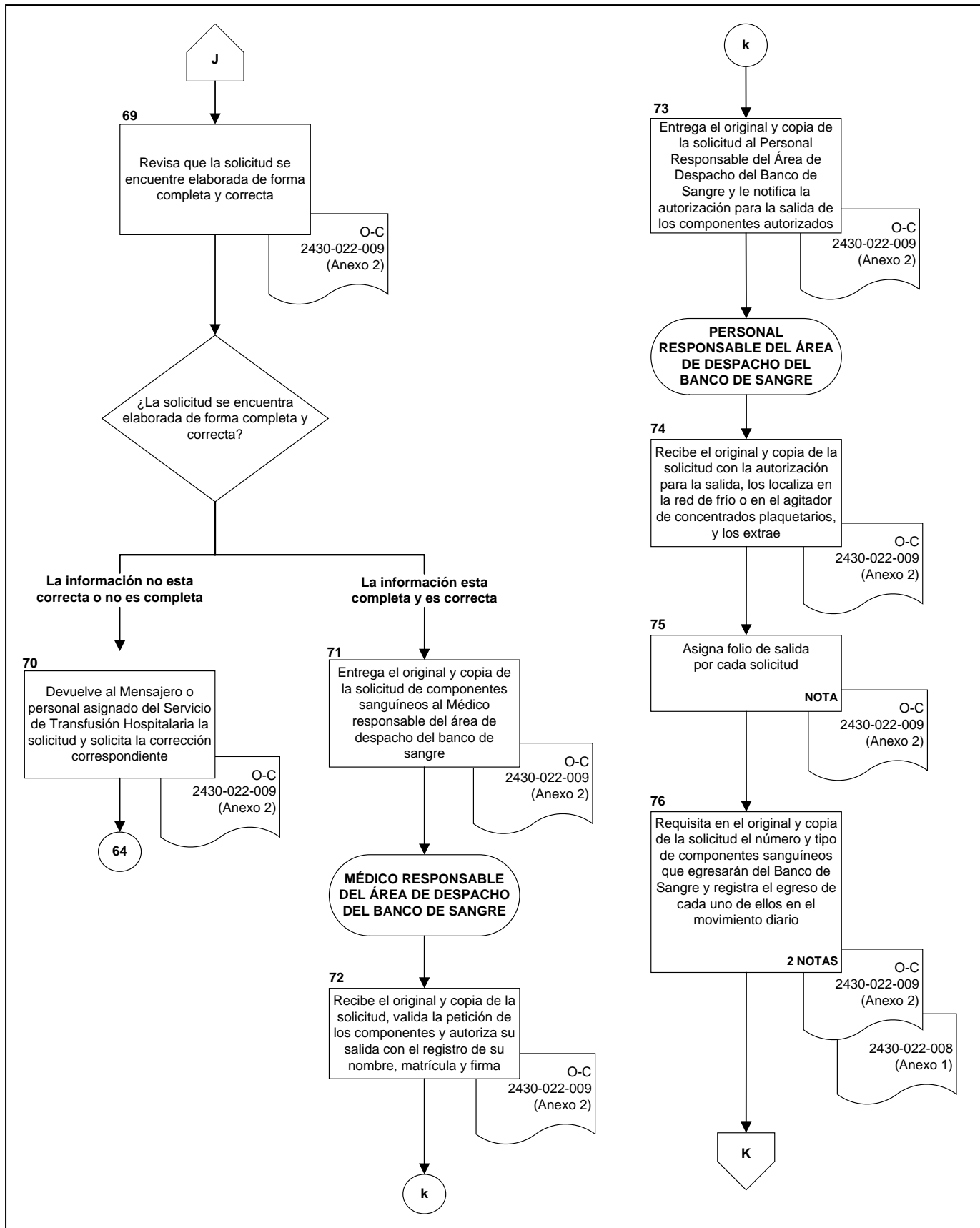




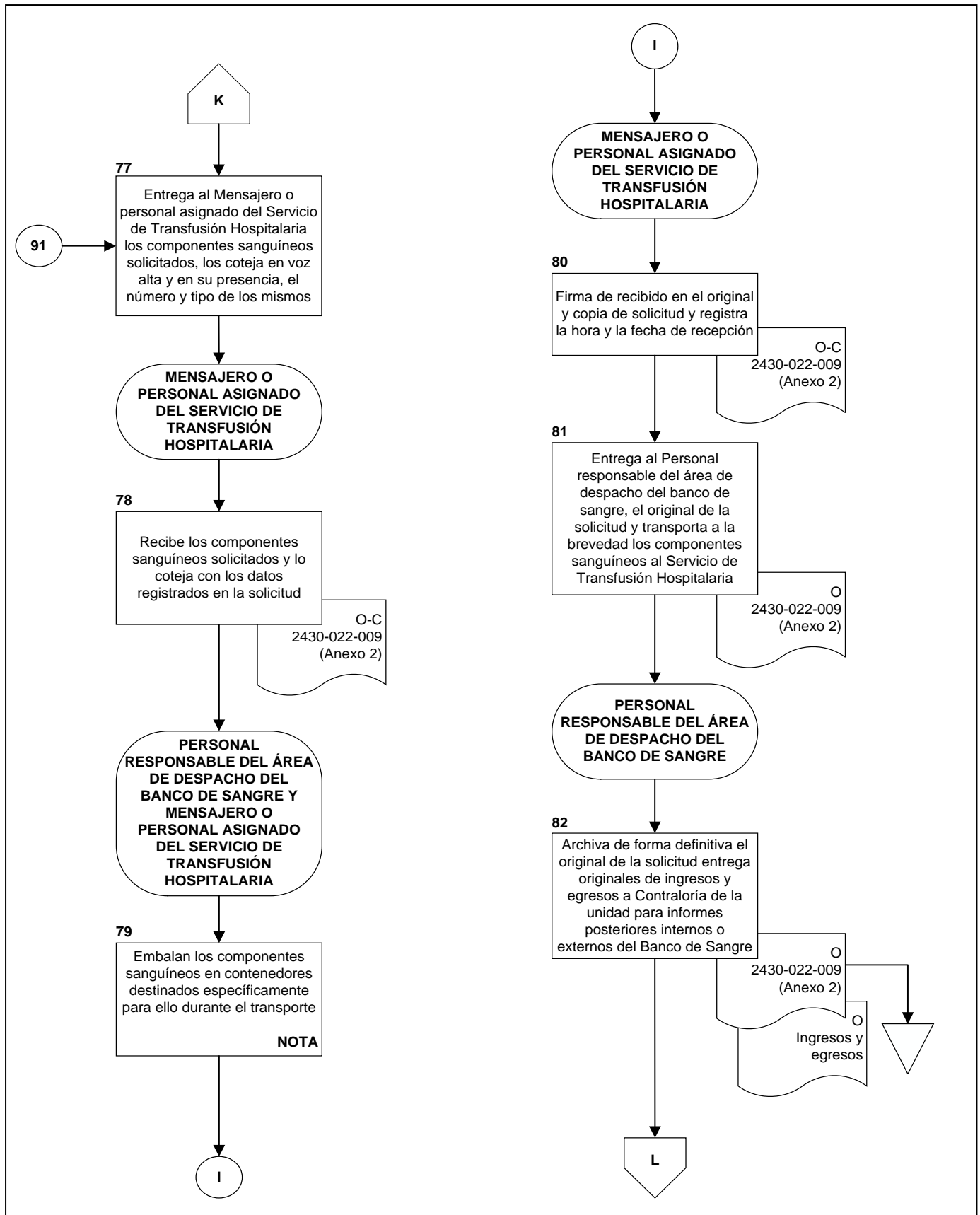


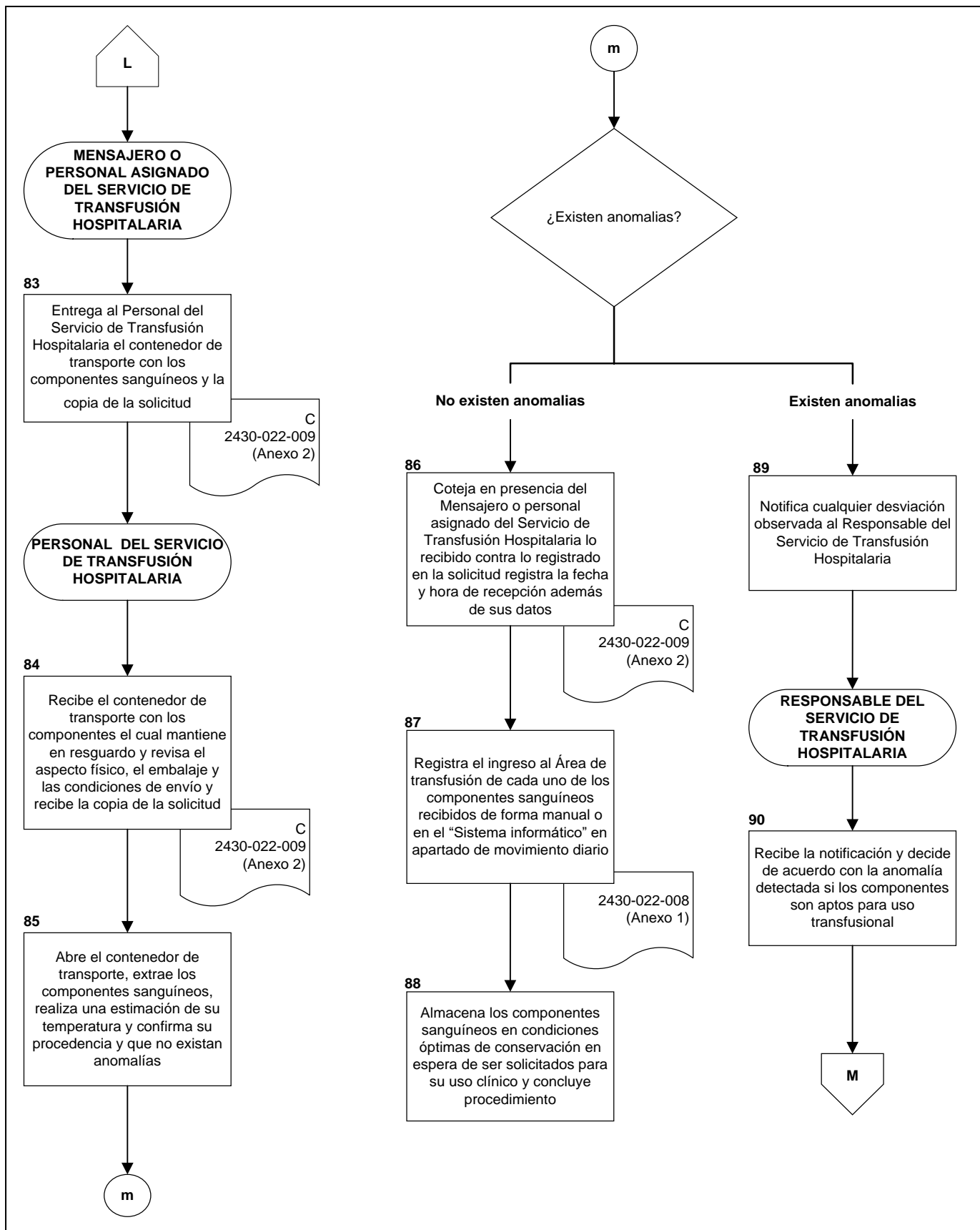


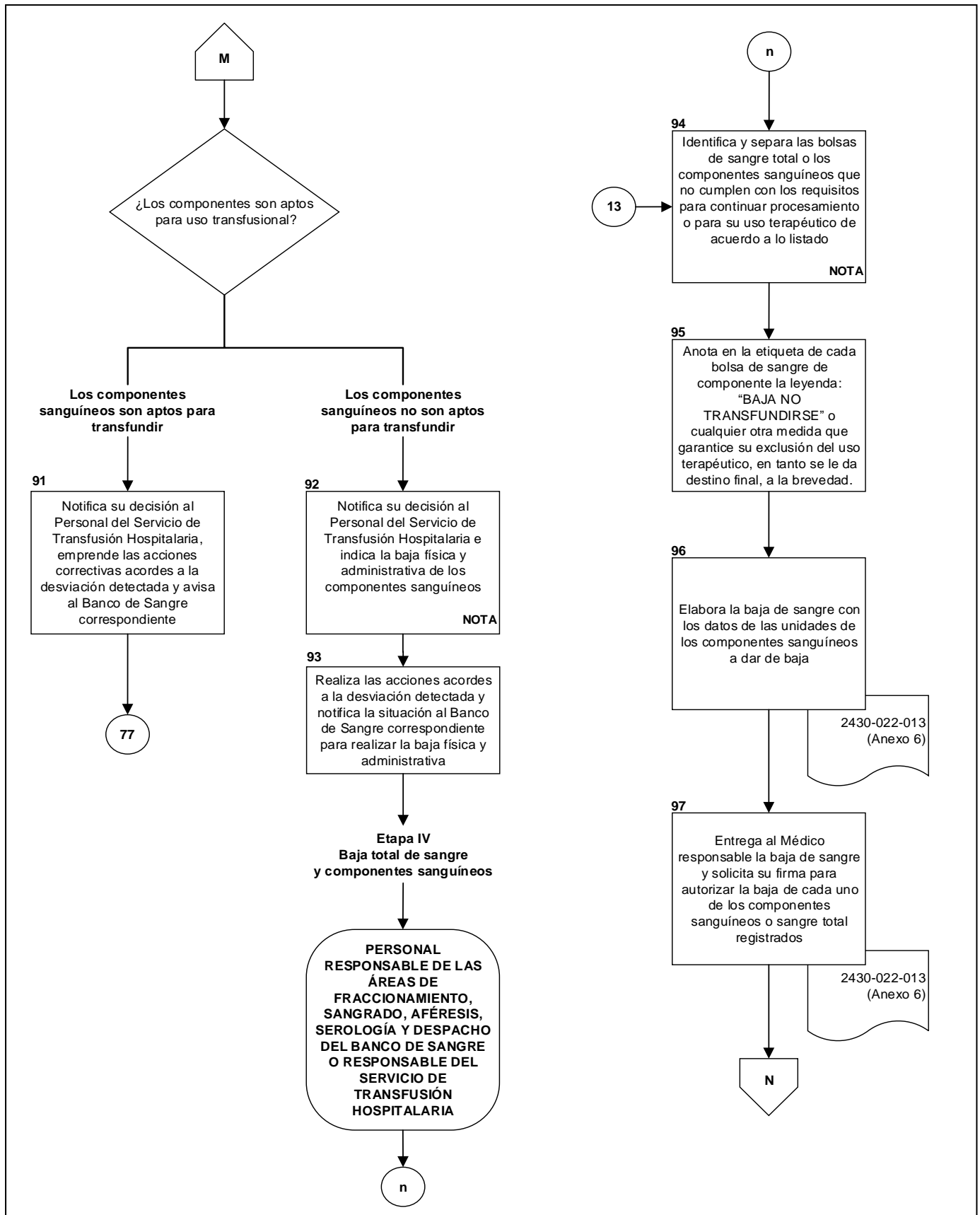


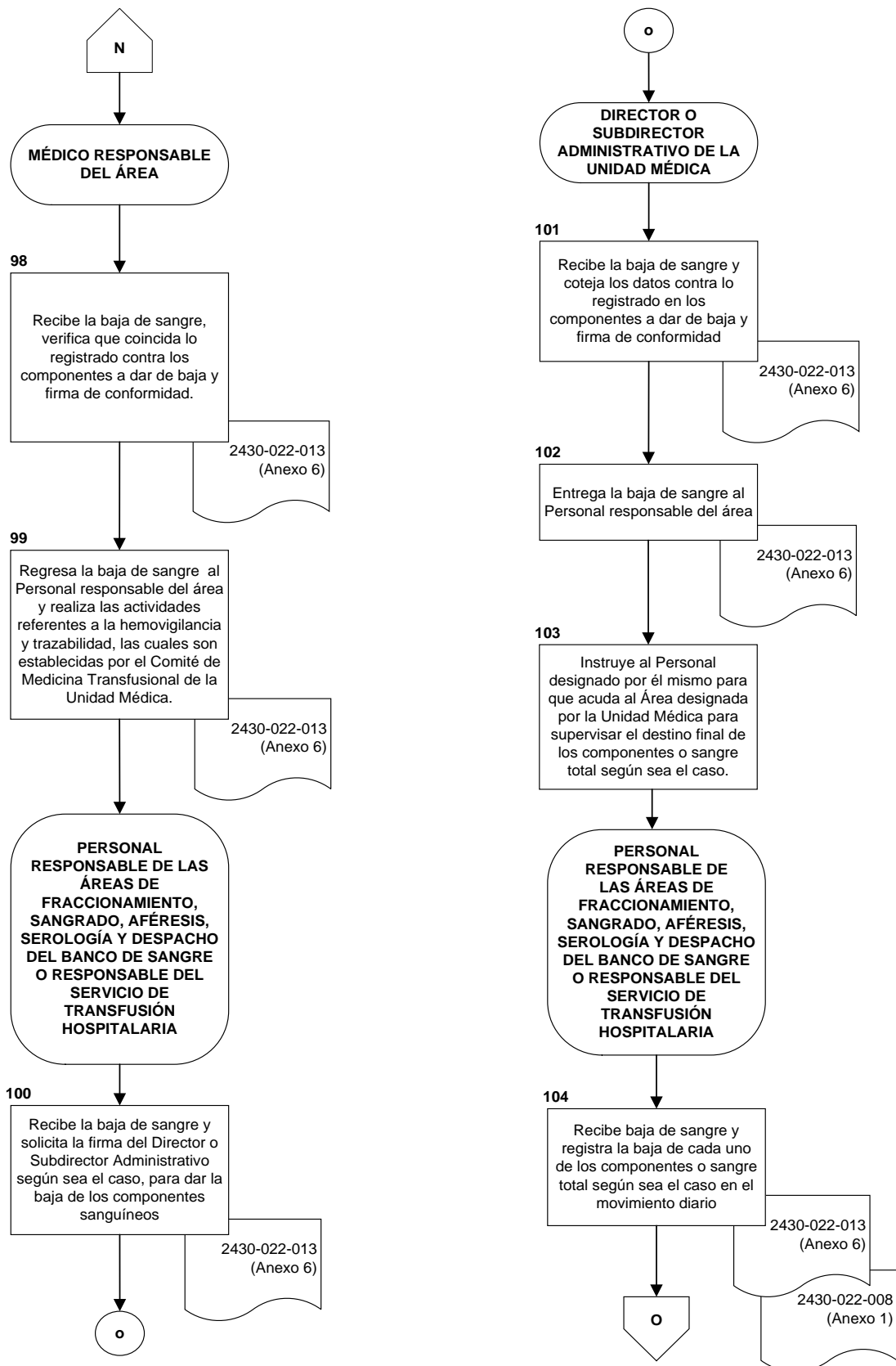


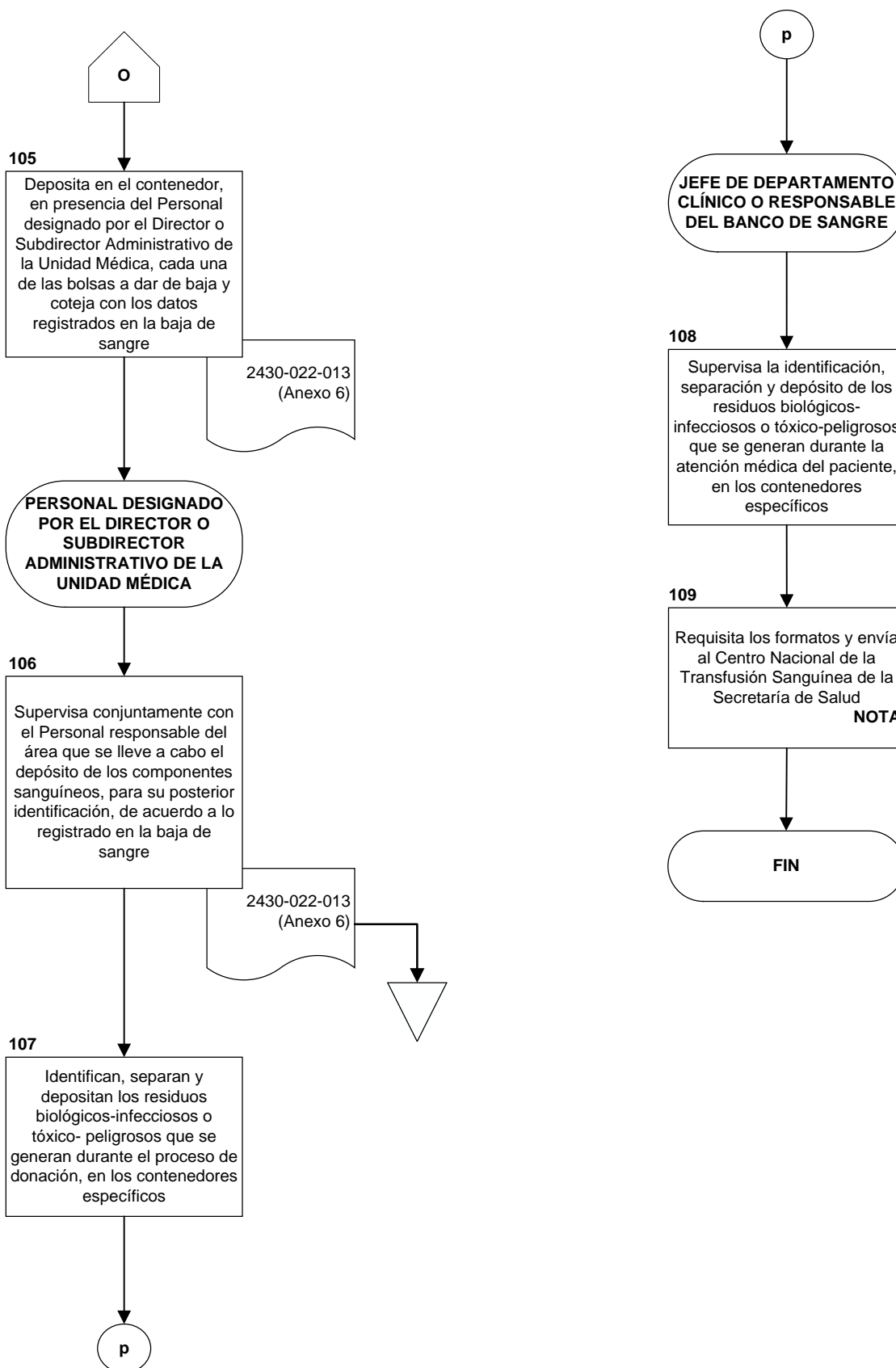














**ANEXO 1**

**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4  
2430-022-008**









**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
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 y Ortopedia "Lomas Verdes".</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	Domicilio	<p>El nombre de la calle, número, nombre de la colonia, alcaldía o municipio, entidad federativa, código postal del domicilio en el cual se encuentra localizado el Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Avenida Coyoacán 1030 Col. del Valle Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 04800.</p>
4	Responsable del Banco de Sangre	<p>El nombre completo del responsable del Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: Luisa Domínguez Gómez.</p>
5	Encargado del Banco de Sangre	<p>El nombre de completo del encargado del Banco de Sangre. Este campo sólo aplica a los Centros de Colecta.</p> <p>Ejemplo: Rodrigo Ruiz López.</p>
6	Prog.	<p>El número progresivo de las bolsas de sangre.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>



**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	Fecha Cargo	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la sangría, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 22/05/2023.</p>
8	Donante	<p>El nombre del donante del cual procede la sangre extraída.</p> <p>Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.</p>
9	Unidad.	<p>El número único e irreplicable progresivo que se le asigna a la a unidad; es independiente del sitio de donde proceda y del componente sanguíneo de que se trate.</p> <p>Ejemplo: 10018969.</p>
10	Muestra	<p>El número de la biometría hemática en el Banco de Sangre, en el Centro de Colecta; anotar el número que corresponde a la muestra para realizar la serología al donante.</p> <p>Ejemplo: 459454.</p>
11	Procedencia	<p>El tipo de Banco de Sangre de procedencia</p> <p>Ejemplo: Banco de Sangre CMN de Occidente.</p>
12	Vol.	<p>La cantidad de sangre total que contiene la bolsa.</p> <p>Ejemplo: 470 ml.</p>



**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
13	CE	Una "X" para indicar la obtención de concentrado eritrocitario; en caso de dejar en blanco significa que no se obtuvo el componente sanguíneo.  Ejemplo: <input type="checkbox"/>
14	PL	Una "X" para indicar la obtención de plasma; en caso de dejar en blanco significa que no se obtuvo el componente sanguíneo.  Ejemplo: <input type="checkbox"/>
15	CP	Una "X" para indicar la obtención de concentrado plaquetario; en caso de dejar en blanco significa que no se obtuvo el componente sanguíneo.  Ejemplo: <input type="checkbox"/>
16	Afer	Una "X" para la obtención de aféresis; en caso de dejar en blanco significa que no se obtuvo el componente sanguíneo.  Ejemplo: <input type="checkbox"/>
17	GAH	Una "X" para indicar la obtención de globulina antihemofílica; en caso de dejar en blanco significa que no se obtuvo el componente sanguíneo.  Ejemplo: <input type="checkbox"/>
18	Hto / Hb	El porcentaje de Hematocrito del donador / cantidad de hemoglobina del donador en gr/dl.  Ejemplo: 46.50 % / 16.7 gr/dl.

Clave: 2430-022-008



**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
19	Gpo – Rh	El Grupo ABO y Rh del donador.  Ejemplo: O Positivo.
20	Ac T.Pal	El resultado de la determinación de Anticuerpos contra <i>Treponema pallidum</i> .  Ejemplo: N
21	HIV I – II	Los resultados de la determinación de Anticuerpos contra HIV, tipo I y II.  Ejemplo: N
22	Ac HCV	El resultado de la determinación de Anticuerpos contra Virus de la Hepatitis C.  Ejemplo: N
23	HBs. Ag	El resultado de la determinación de Antígenos de Superficie del Virus de la Hepatitis B.  Ejemplo: N
24	Ac T Cruzi	El resultado de la determinación de Anticuerpos contra <u><i>Tripanosoma cruzi</i></u> .  Ejemplo: N
25	Otro	El resultado de alguna otra prueba practicada a la Sangre Total del donador. En este apartado colocar NAT y anticuerpos irregulares en caso de su realización.  Ejemplo: VIH NAT: Negativo HB NAT: Negativo HCV: Negativo

Clave: 2430-022-008





**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
26	Caducidad	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de caducidad de los componentes sanguíneos obtenidos, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 29/06/2023.</p>
27	Tipo Disposición	<p>El tipo de donación.</p> <p>Ejemplo: Familiar.</p>
28	Folio	<p>Número consecutivo asignado por el Banco de Sangre para identificar los formatos realizados durante la jornada.</p> <p>Ejemplo: 1.</p>
	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se requisita 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: 22/05/2023.</p>
29	Admisión	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha de admisión de los componentes sanguíneos obtenidos, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 29/04/2023.</p>
30	Componente Sanguíneo	<p>El tipo de componente sanguíneo que se trate.</p> <p>Ejemplo: Plasma fresco congelado.</p>



**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
31	Unidad	El número asignado a la bolsa de cada componente sanguíneo.  Ejemplo: 9080526.
32	Muestra	El número progresivo que se le asigna a la muestra del donador, para su análisis serológico.  Ejemplo: 416386.
33	Volumen	La cantidad del componente sanguíneo que contiene la bolsa.  Ejemplo: 150 ml.
34	Grupo sanguíneo	El grupo sanguíneo ABO y Rh de la bolsa del componente sanguíneo.  Ejemplo: "O" Positivo.
35	Donador	El nombre completo del donador del componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno y materno, seguido del nombre o nombres.  Ejemplo: Fuentes Cervantes Manuel.
36	Fecha Envío – Destino	El día, mes y año correspondientes a la fecha de envío de los componentes sanguíneos obtenidos, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda y el nombre de la Unidad Médica a la que se envía el componente sanguíneo.  Ejemplo: 29/05/2023      HGZ No. 197
37	Usuario	El nombre completo del trabajador que proporciona el componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno y materno, seguido del nombre(s).

Clave: 2430-022-008



**ANEXO 1**  
**Movimiento diario de sangre en el banco de sangre FBS-4**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
		Ejemplo: Martínez Cruz Juan.
38	No. de folio despacho	Número que asigna el sistema al egreso del componente sanguíneo.  Ejemplo: E-43770.
39	Observaciones	Información de los componentes sanguíneos que se considere de relevancia. Incluye observaciones al momento de recepción, irregularidades relativas al embalaje, eventualidades durante el traslado, estado físico de las unidades, estimación de su temperatura, o cualquier otra eventualidad.



**ANEXO 2**

**Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9  
2430-022-009**



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

**SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS-FBS-9**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA SOLICITANTE (1)	SELLO DE LA UNIDAD SOLICITANTE (2)	FECHA: ____ / ____ / ____ Día Mes Año (3)
--	------------------------------------	--

RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE (4)			PERSONAL QUE RECIBE (5)		
Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma

COMPONENTES (6)		GRUPOS				TOTAL (7)
		O	A	B	AB	
CONCENTRADO ERITROCITARIO	1. Rh positivo					1
	2. Rh negativo					2
PLASMA CONGELADO	3. Rh positivo					3
	4. Rh negativo					4
CONCENTRADO PLAQUETARIO	5. Rh positivo					5
	6. Rh negativo					6
PLAQUETAS POR AFERESIS	7. Rh positivo					7
	8. Rh negativo					8
CRIOPRECIPITADOS	9. Rh positivo					9
	10. Rh negativo					10
CELULAS PROGENITORAS	11. Rh positivo					11
	12. Rh negativo					12
OTROS PREPARADOS ESPECIALES	13 (8)					13

BANCO DE SANGRE QUE SURTE (9)	SELLO DEL BANCO DE SANGRE QUE SURTE (10)	FECHA: ____ / ____ / ____ Día Mes Año (11)
-------------------------------	--	---

PERSONAL QUE AUTORIZA LA SALIDA (12)			PERSONAL QUE ENTREGA (13)		
Nombre completo	Matrícula	Firma	Nombre completo	Matrícula	Firma

Clave: 2430-022-009



**ANEXO 2**  
**Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria solicitante	El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria solicitante.  Ejemplo: Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes".
2	Sello de la unidad solicitante	El sello de la Unidad Médica Hospitalaria solicitante.
3	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se requisita el formato, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 21/06/2023.
4	Responsable unidad solicitante	El nombre completo, matrícula y firma autógrafa del Responsable del Área de Transfusiones o de la Unidad solicitante.  Ejemplo: Maritza García Espinosa. 11065436 Firma
5	Personal que recibe	El nombre completo, matrícula y firma autógrafa del personal que recibe los componentes sanguíneos en el Banco de Sangre.  Ejemplo: Mario Fernández Juárez. 11065411 Firma
6	Componentes	La cantidad de bolsas del componente sanguíneo solicitado, en el recuadro correspondiente, de acuerdo al grupo sanguíneo (A,B,O) y al Rh (positivo / negativo).  Ejemplo: Concentrado eritrocitario Grupo sanguíneo: A Rh <i>positivo</i> = 2

Clave: 2430-022-009



**ANEXO 2**  
**Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	Total	<p>La cantidad total de bolsas del componente sanguíneo requeridos, por Rh (positivo / negativo).</p> <p>Ejemplo: Concentrado eritrocitario Rh <i>positivo</i> = <b>2</b></p>
8	Otros preparados especiales	<p>El nombre y cantidad del componente sanguíneo requerido así como las características específicas.</p> <p>Ejemplo: Fracciones pediátricas.</p>
9	Banco de Sangre que surte	<p>El nombre y el tipo con el que se identifica al Banco de Sangre que surte.</p> <p>Ejemplo: Banco Central de Sangre del CMN "La Raza".</p>
10	Sello del Banco de Sangre que surte	<p>El sello del Banco de Sangre que surte.</p>
11	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se entregan los componentes sanguíneos solicitados, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 21/06/2023.</p>
12	Personal que autoriza la salida	<p>El nombre completo, la matrícula y firma autógrafa del Responsable del Área de Despacho.</p> <p>Ejemplo: María Gómez Estrada. 11099436 Firma</p>

Clave: 2430-022-009





**ANEXO 2**  
**Solicitud de componentes sanguíneos FBS-9**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Personal que entrega	Nombre, apellido paterno, apellido materno, matrícula y firma de quien entrega los componentes sanguíneos.  Ejemplo: Javier Puente Téllez. 10099423 Firma

Clave: 2430-022-009



**ANEXO 3**

**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**2430-022-010**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
SOLICITUD AL ÁREA DE TRANSFUSIÓN FBS-16**

UNIDAD MÉDICA <span style="float:right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> _____ Nombre, Domicilio y Teléfono SERVICIO: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> No. CAMA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>			DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <span style="float:left; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span> _____ Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____ N.S.S. Y AGREGADO: _____		
SOLICITA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span> _____ Nombre completo      Matrícula      Firma FECHA Y HORA: / / : /			RECIBE SOLICITUD: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</span> _____ Nombre completo      Matrícula      Firma FECHA Y HORA: / / : /		
7 TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO QUE SE SOLICITA					
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO ERITROCITARIO	<input type="checkbox"/> PLASMA	<input type="checkbox"/> CONCENTRADO PLAQUETARIO	<input type="checkbox"/> OTROS:		
<input type="checkbox"/> ORDINARIO	<input type="checkbox"/> URGENTE	VOLUMEN SOLICITADO: _____ ml			
TENER DISPONIBLE PARA:	APLICACIÓN INMEDIATA O EN QUIRÓFANO _____ ml		EN RESERVA: _____ ml		
GRUPO SANGUÍNEO A, B, O <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">8</span>	Rh (D)	SE IGNORA	Hto	Hb	Plaq
DIAGNÓSTICO: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">9</span>	<input type="checkbox"/> EXTERNO		<input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO		
EDAD	SEXO	MASC	FEM	TRANSFUSIONES PREVIAS	SI NO
				FECHA DE LA ÚLTIMA: / /	
¿REACCIONES TRANSFUSIONALES?; DE SER AFIRMATIVO <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span>		SI	NO	¿EMBARAZOS PREVIOS? <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">11</span>	
FECHA Y DATOS CLÍNICOS PRINCIPALES:		¿NEONATOS CON ENFERMEDAD HEMOLÍTICA?		SI	NO
INDICACION PARA TRANSFUSIÓN: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</span>			FECHA Y HORA DE TRANSFUSIÓN:		





**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica	<p>El tipo y número de unidad hospitalaria que solicita el(os) componente(s) sanguíneo, así como el domicilio, incluyendo la calle, número exterior e interior, colonia, ciudad y teléfono.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Especialidades CMN "La Raza". Av. Jacarandas S/N, La Raza, Alcaldía Azcapotzalco Ciudad de México, tel. 55-55678796</p>
2	Servicio	<p>El nombre del servicio o departamento clínico o especialidad que solicita el componente sanguíneo para transfusión.</p> <p>Ejemplo: Cardiología.</p>
3	No. cama	<p>El número de la cama donde se encuentra hospitalizado el paciente al que se le va a realizar la transfusión.</p> <p>Ejemplo: 823.</p>
4	Datos de identificación del paciente Nombre	<p>El nombre completo del paciente al que se efectúa la transfusión del componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre, el dato deberá transcribirse del Expediente clínico.</p> <p>Ejemplo: Gómez Córdova Miguel.</p>
	N. S. S. y agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además de 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.</p> <p>Ejemplo: 1210 59 1670 1M59OR</p> <p><b>Clave: 2430-022-010</b></p>



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
5	Solicita Nombre completo	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del Médico no Familiar tratante que solicita la transfusión.  Ejemplo: Bernardo Alva González.
	Matrícula	El número de la matrícula del Médico no Familiar tratante que solicita la transfusión.  Ejemplo: 6970698.
	Firma	La firma autógrafa del Médico no Familiar tratante que solicita la transfusión.
	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: 22/05/2023 09:32
6	Recibe solicitud	La recepción de la solicitud es en el Área de Transfusiones o en el Área de Estudios de Compatibilidad, según sea el caso.
	Nombre completo	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de la persona que recibe la solicitud.  Ejemplo: Luis Gómez López.
	Matrícula	El número de la matrícula de la persona que recibe la solicitud.  Ejemplo: 11526585.
	Firma	La firma autógrafa de la persona que recibe la solicitud.

Clave: 2430-022-010



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Fecha y hora	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se recibe el formato; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 22/05/2023 09:45
7	Tipo de componente sanguíneo que se solicita  Concentrado eritrocitario Plasma Concentrado plaquetario Otros (especificar)  Ordinario Urgente  Volumen solicitado  Tener disponible para: • Aplicación inmediata en quirófano • En reserva	Una "X" en el recuadro correspondiente al componente sanguíneo que se solicita.  Ejemplo: Plasma <input checked="" type="checkbox"/>  Una "X" en el recuadro correspondiente a si se requiere el componente sanguíneo que se solicita en forma ordinaria o urgente.  Ejemplo: Urgente <input checked="" type="checkbox"/>  El volumen (en mililitros) del componente solicitado.  Ejemplo: 500 ml.  En el recuadro correspondiente la forma (aplicación inmediata o en reserva) y el volumen en mililitros del componente sanguíneo que se requiera.  Ejemplo: En reserva 500 ml.
8	Grupo sanguíneo Rh	El grupo sanguíneo (A,B,O) y el factor Rh (D) del receptor.  Ejemplo: A positivo.

Clave: 2430-022-010





**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Se ignora	Una "X" en el recuadro correspondiente si se desconoce el grupo sanguíneo (A,B,O) y el factor Rh (D) del receptor.  Ejemplo: Se ignora <input type="checkbox"/>
	Hto Hb Plaq	La cifra de Hematocrito (Hto) y de Hemoglobina (Hb) del receptor, previa a la transfusión.  Ejemplo: Hto 29    Hb 8    Plaq 235,000
9	Diagnóstico	El diagnóstico de presunción o de certeza o en su caso el motivo de la indicación de la transfusión.  Ejemplo: Choque hipovolémico.
	Externo Hospitalizado	Una "X" en el recuadro correspondiente si el receptor se encuentra como externo o está hospitalizado.  Ejemplo: Hospitalizado <input type="checkbox"/>
	Edad	La edad del receptor en años cumplidos de acuerdo al número de seguridad social o al número del agregado, o en su caso meses, días u horas, en números arábigos.  Ejemplo: 38 años.
	Sexo	Una "X" en el recuadro correspondiente al sexo (género) del paciente: Masculino / Femenino.  Ejemplo: Femenino <input type="checkbox"/>
	Transfusiones previas	Una "X" en el recuadro correspondiente a si o no ha recibido alguna transfusión de sangre en su vida el receptor.  Ejemplo: NO <input type="checkbox"/>

Clave: 2430-022-010



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Fecha de la última	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se le realizó la última transfusión de algún componente sanguíneo al receptor, en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 22/10/2016.
10	Reacciones transfusionales	Una "X" en el recuadro correspondiente a si o no presentó alguna reacción transfusional el receptor. En el caso de que se haya presentado especificar la fecha y los datos clínicos principales que presentó.  Ejemplo: SI <input data-bbox="980 936 1029 995" type="checkbox" value="X"/>
	De ser afirmativo, fecha y datos clínicos principales	En caso de el antecedente de alguna reacción transfusional la fecha del evento y los datos clínicos principales.  Ejemplo: 15/08/2016 Taquicardia, diaforesis y rubicundez.
	Reacciones transfusionales	Una "X" en el recuadro correspondiente a si o no presentó alguna reacción transfusional el receptor. En el caso de que se haya presentado especificar la fecha y los datos clínicos principales que presentó.  Ejemplo: NO <input data-bbox="980 1482 1029 1541" type="checkbox" value="X"/>
11	Embarazos previos	Una "X" en el recuadro correspondiente a si o no tuvo embarazos previamente, en caso de que mujer. En caso afirmativo el número de gestaciones que tenga el receptor.  Ejemplo: NO <input data-bbox="980 1734 1029 1793" type="checkbox" value="X"/>
	¿Neonatos con enfermedad hemolítica?	El número de productos de la concepción que hayan presentado enfermedad hemolítica.  Ejemplo: 0

Clave: 2430-022-010



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
12	Indicación para transfusión	El motivo principal por el cual se transfundirá al paciente.  Ejemplo: Anemia normocítica normocrómica.
	Fecha y hora de transfusión	El día, mes, año y hora correspondientes a la fecha y momento horario expresado en hora y minutos en que se realizará la transfusión; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 14/06/2023. 15:30
13	Grupo sanguíneo (A,B,O) del receptor y el factor Rh (D)	El grupo sanguíneo (A,B,O) y el factor Rh (D) del receptor identificado por el Área de Transfusiones.  Ejemplo: A positivo.
14	Para este receptor se seleccionó(aron) la Bolsa No.	El número de la bolsa con el componente sanguíneo al que se le efectúa la prueba de compatibilidad sanguínea para el receptor.  Ejemplo: 10011.
	Volumen	El volumen (en mililitros) del componente sanguíneo que se seleccionó para el receptor.  Ejemplo: 400 ml.
	Donador	El apellido paterno, materno y nombre del donador del componente sanguíneo seleccionado.  Ejemplo: Dorantes Delgado Héctor.
	Grupo sanguíneo	El grupo ABO y Rh° (D) del componente sanguíneo efectuado por el Área de Transfusión  Ejemplo: B.

Clave: 2430-022-010



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Recibió Firma	El apellido paterno, materno, nombre y firma autógrafa de la persona que recibe el componente sanguíneo a transfundir.  Ejemplo: Felipe Delgadillo Rivas. Firma.
15	Realizó las pruebas de compatibilidad y fecha de realización  Apellido paterno, materno y nombre(s) Matrícula Firma	El apellido paterno, materno, nombre, matrícula y firma autógrafa del personal que realizó las pruebas de compatibilidad sanguínea.  Ejemplo: Ricardo López Camargo. 9910567. Firma.
	Fecha	La hora, día, mes y año de la fecha de la realización de las pruebas de compatibilidad sanguínea así como la hora y minutos, en números arábigos.  Ejemplo: 21/06/2023.      12:30
16	Responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria  Apellido paterno, materno y nombre(s) Matrícula Firma	El apellido paterno, materno, nombre y firma autógrafa del responsable del Servicio de Transfusión Hospitalaria.  Ejemplo: Pedro Vázquez Elizalde. 9911023. Firma.

Clave: 2430-022-010



**ANEXO 3**  
**Solicitud al Área de Transfusión FBS-16**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**No.**

**DATO**

**ANOTAR**

Este formato deberá llenarse en original y dos copias para

- Servicio de Transfusión Hospitalaria (original),
- Personal de enfermería (primera copia),
- Expediente clínico (segunda copia).



**ANEXO 4**

**Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día**  
**2430-022-011**





**ANEXO 4**  
**Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día**  
**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 y Ortopedia No. 21, Monterrey, Nuevo León.</p>
2	Fecha	<p>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.</p> <p>Ejemplo: 22/06/2023.</p>
3	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>
4	Número de folio	<p>El número consecutivo asignado al formato de acuerdo al registro interno del Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 0432.</p>
5	No. de la bolsa	<p>El número asignado en el procedimiento de la donación a la bolsa de sangre o al componente sanguíneo obtenido, para su identificación.</p> <p>Ejemplo: 10047116.</p>
6	Nombre del donador	<p>El nombre completo del donador del que se obtuvo la sangre o el componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre (s), el dato deberá transcribirse de la documentación con la que se registró al mismo.</p> <p>Ejemplo: Lugo González Jorge.</p>

Clave: 2430-022-011





**ANEXO 4**  
**Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	Componentes sanguíneos fraccionados	
	Plasma	Una "X" si la sangre total se fraccionó en plasma.*  Ejemplo: Plasma <input checked="" type="checkbox"/>
	Conc. Eitroc.	Una "X" si la sangre total se fraccionó en concentrado eritrocitario.*  Ejemplo: Concentrado eritrocitario <input checked="" type="checkbox"/>
	Conc. plaquetar.	Una "X" si la sangre total se fraccionó en concentrado plaquetario.*  Ejemplo: Concentrado plaquetario <input checked="" type="checkbox"/>
	Crioprecipitados	Una "X" si la sangre total se fraccionó en crioprecipitado.*  Ejemplo: Crioprecipitados <input checked="" type="checkbox"/>
	Aféresis	Una "X" si se obtuvo por aféresis, y especificar que hemoderivado se obtuvo. *  Ejemplo: Conc. Plaquetarios.  (* Nota: En caso de no llenarse el espacio significa que de la sangre total no se obtuvo ese componente.
8	Firma	La firma del responsable que coteja la lista de los componentes fraccionados con cada bolsa con el componente sanguíneo fraccionado.

Clave: 2430-022-011



**ANEXO 4**  
**Componentes sanguíneos fraccionados por unidad y día**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
9	Total	<p>La sumatoria de cada columna, total de bolsa de: plasma, paquete globular, concentrado plaquetario, crioprecipitados y el total de componentes sanguíneos fraccionado obtenidos durante la jornada.</p> <p>Ejemplo: plasma 14, paquete globular 15, concentrado plaquetario 12, crioprecipitados 10 total 51.</p>
10	Observaciones	<p>Cualquier observación relevante de los componentes sanguíneos fraccionados y que no se encuentre consignada en los datos solicitados.</p>
11	Responsable del Área de Fraccionamiento	<p>El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Responsable del Área de Fraccionamiento.</p> <p>Ejemplo: Luis Antonio Caballero Leal. 6971691. Firma.</p>

Clave: 2430-022-011



**ANEXO 5**

**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30  
2430-022-012**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**SOLICITUD DE PROCESAMIENTO ESPECIALIZADO FBS-30**

UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA <span style="float: right;">1</span>	No. SOLICITUD <span style="float: right;">2</span>
---	--

SERVICIO <span style="float: right;">3</span>	FECHA Y HORA DE SOLICITUD <span style="float: right;">4</span>
---	--

DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE <span style="float: right;">5</span>	NSS Y AGREGADO <span style="float: right;">6</span>	
Apellido paterno, materno y nombre(s) / /		
DIAGNÓSTICO <span style="float: right;">7</span>	NÚMERO DE CAMA <span style="float: right;">8</span>	OBSERVACIONES <span style="float: right;">9</span>

MÉDICO QUE SOLICITA <span style="float: right;">10</span>		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

LAVADO <span style="float: right;">11</span>			
MOTIVO DE LA SOLICITUD			
NÚMERO DE FRACCIÓN	GPO. SANGUÍNEO ABO Y Rh	No. DE LAVADOS	LAVADO FINAL INVERTIDO

PAQUETE RECONSTITUIDO <span style="float: right;">12</span>			
MOTIVO DE LA SOLICITUD			HORA ENTREGA FRACC.
MADRE	HIJO	PAQUETE No.	PLASMA No.
GPO. SANGUÍNEO ABO Y Rh	SANGUÍNEO ABO Y Rh	GPO. SANGUÍNEO ABO Y Rh	GPO. SANGUÍNEO ABO Y Rh

IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO <span style="float: right;">13</span>			
INDICACIONES ABSOLUTAS		INDICACIONES RELATIVAS	
TRANSPLANTE DE CÉL. PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN REGIMEN DE ACONDICIONAMIENTO O ANTES DE LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN HEMATOPOYÉTICA	TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA	PACIENTE CON INMUNOCOMPROMISO POR TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR AGRESIVO	PACIENTE CON HEMOPATÍAS MALIGNAS EN TRATAMIENTO CITOTÓXICO
NEONATO QUE RECIBIÓ TRANSFUSIÓN IN ÚTERO	RECIÉN NACIDO CON PESO MENOR A 1200 G.	RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO EN RÉGIMEN DE ACONDICIONAMIENTO	RECIÉN NACIDO CON PESO MAYOR A 1200 G.
RECEPTOR DE COMPONENTE SANGUÍNEO DE FAMILIAR CONSANGUÍNEO DE DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO	ENFERMEDAD DE HODGKIN	OTRO (especificar)	
PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA CONGÉNITA	RECEPTORES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS HLA COMPATIBLES	FECHA, HORA DE ENTREGA PARA IRRADIACIÓN Y FIRMA RECIBIDO	
CONC. ERITROCITARIO <input type="checkbox"/>	CONC. PLAQUETARIO <input type="checkbox"/>	CONC. GRANULOCITOS <input type="checkbox"/>	No. DE FRACCIÓN
			GPO. SANGUÍNEO ABO Y Rh

VALIDACIÓN POR MÉDICO DE BANCO DE SANGRE <span style="float: right;">14</span>		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Matrícula	Firma

Clave: 2430-022-012



**ANEXO 5**  
**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria en la cual se registra el formato.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".</p>
2	No. de solicitud	<p>El número consecutivo asignado al formato de acuerdo al registro interno del Banco de Sangre.</p> <p>Ejemplo: 0432.</p>
3	Servicio	<p>El nombre del servicio responsable del paciente.</p> <p>Ejemplo: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</p>
4	Fecha y hora de la solicitud	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se realiza la solicitud, así como la hora; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 22/06/2023 10:30</p>
5	Datos del paciente Nombre	<p>El nombre completo del donador del que se obtuvo la sangre o el componente sanguíneo, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre(s), el dato deberá transcribirse del Expediente clínico.</p> <p>Ejemplo: Hijo de Lugo González Laura.</p>
6	NSS y agregado	<p>El número de seguridad social del paciente, además de 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.</p> <p>Ejemplo: 1210 95 1670 2M 98OR Clave: 2430-022-012</p>



**ANEXO 5**  
**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
7	Diagnóstico	El diagnóstico de presunción o de certeza o en su caso el motivo de la solicitud de un componente sanguíneo con procesamiento especial.  Ejemplo: Isoinmunización materno-fetal.
8	Número de cama	El número de cama en el cual se encuentra internado el paciente.  Ejemplo: 12.
9	Observaciones	Cualquier información que se considere de relevancia y que no se encuentre consignada en los registros previos.
	Médico que solicita	
10	Nombre, matrícula y firma	El nombre, la matrícula y la firma del Médico que solicita el componente sanguíneo con procesamiento especial.  Ejemplo: Angélica Ramírez Hernández. 9065845. Firma.
11	Lavado	
	Motivo de la solicitud	La razón por la cual se solicita el lavado del componente sanguíneo.  Ejemplo:
	Número de fracción	El número de registro de la fracción elegida para someterse al lavado.  Ejemplo: 456785.

Clave: 2430-022-012



**ANEXO 5**  
**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Grupo sanguíneo ABO y Rh	El grupo sanguíneo ABO y Rh de la fracción de que se someterá al lavado.  Ejemplo: A Rh +
	No. de lavados	El número de lavados a realizar al componente sanguíneo seleccionado.  Ejemplo: 2.
	Lavado final invertido	“SI” o “NO” según sea el caso, para solicitar que el último lavado al componente sanguíneo sea invertido.  Ejemplo: NO.
12	Paquete reconstituido	
	Motivo de la solicitud	La razón por la cual se solicita un paquete reconstituido.  Ejemplo:
	Madre: Grupo sanguíneo ABO y Rh	El grupo sanguíneo ABO y Rh de la Madre.  Ejemplo: A Rh negativo.
	Hijo: Grupo sanguíneo ABO y Rh	El grupo sanguíneo ABO y Rh de hijo.  Ejemplo: A Rh +
	Paquete: No./ Grupo sanguíneo ABO y Rh	El número del paquete con el que se va a reconstituir, así como el grupo sanguíneo ABO y Rh al que pertenece.  Ejemplo: 458594. A Rh +

Clave: 2430-022-012



**ANEXO 5**  
**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
	Plasma: No./ Grupo sanguíneo ABO y Rh	El número del plasma con el que se va a reconstituir, así como el grupo sanguíneo ABO y Rh al que pertenece.  Ejemplo: 458721. A Rh +
	Hora de entrega a fraccionamiento	La hora de entrega de los paquetes al Área de Fraccionamiento para su procesamiento.  Ejemplo: 11:00 hr.
13	Irradiación de componentes sanguíneo	
	Indicaciones absolutas/ Indicaciones relativas	Una "X" en el recuadro correspondiente a la indicación absoluta o relativa para la irradiación del componente sanguíneo.  Ejemplo: Transfusión intrauterina <input checked="" type="checkbox"/>
	Concentrado eritrocitario/ concentrado plaquetario/ concentrado de granulocitos	Una "X" en el recuadro correspondiente al componente sanguíneo para el que se solicita la irradiación.  Ejemplo: Concentrado plaquetario <input checked="" type="checkbox"/>
	Fecha, hora de entrega para irradiación y firma recibido	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se entrega el componente sanguíneo para irradiación, así como la hora y la firma del personal responsable de recibirlo; en números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda.  Ejemplo: 22/06/2019. 11:30 Firma

Clave: 2430-022-012





**ANEXO 5**  
**Solicitud de procesamiento especializado FBS-30**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
	Número de fracción	El número de registro de la fracción elegida para someterse a la irradiación.  Ejemplo: 456785.
	Grupo sanguíneo ABO y Rh	El grupo sanguíneo ABO y Rh del componente sanguíneo que será sometido a la irradiación.  Ejemplo: A Rh +
14	Validación por Médico de Banco de Sangre	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el número de matrícula y firma autógrafa del Médico de Banco de Sangre que valida la solicitud.  Ejemplo: Luis Antonio Caballero Leal. 6971691 Firma

**Clave: 2430-022-012**



**ANEXO 6**

**Baja de sangre y sus componentes FBS-5  
2430-022-013**





**ANEXO 6**  
**Baja de sangre y sus componentes FBS-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	<p>El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se requisita 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: 20/06/2023.</p>
2	Número de folio	<p>El número ascendente y progresivo al que corresponde el formato de acuerdo al archivo histórico del Área o Servicio.</p> <p>Ejemplo: 213.</p>
3	OOAD	<p>El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada a la cual pertenece la Unidad Médica en la cual se registra el formato.</p> <p>Ejemplo: CDMX 35 Norte.</p>
4	Unidad Médica	<p>El nombre y número de la Unidad Médica Hospitalaria solicitante.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez".</p>
5	Banco de Sangre	<p>El nombre y/o número según sea el caso del Banco de Sangre en el cual se llena el formato o al cual se encuentra asignada el Área o Servicio de Transfusión.</p> <p>Ejemplo: Banco de Sangre CMN "La Raza".</p>
6	Área (Servicio) de Transfusión	<p>La Unidad Médica en la cual se encuentra el Área o Servicio de Transfusión.</p> <p>Ejemplo: Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"</p>

Clave: 2430-022-013



**ANEXO 6**  
**Baja de sangre y sus componentes FBS-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR		
7	Número de bolsa	El número asignado a la bolsa o unidad que se será dada de baja.  Ejemplo: 456785.		
8	Sangre total y sus componentes  ST / PL / PG / CP / CRIOPREC / AFERESIS	El número arábigo correspondiente a la cantidad y tipo de sangre total o componentes sanguíneos a dar de baja. ST: Sangre total, PL: Plasma, PG: Paquete globular, CP: Concentrado plaquetario, CRIOPREC: Crioprecipitado, AFERESIS*.  Ejemplo: <table border="1" data-bbox="1047 976 1133 1054"><tr><td>PL</td></tr><tr><td>2</td></tr></table> *En el caso de Aféresis, se debe especificar el hemoderivado a dar de baja.	PL	2
PL				
2				
9	Causa de la baja	El motivo o causa por la cual se procede a la baja del componente sanguíneo registrado.  Ejemplo: Ruptura de bolsa.		
10	Firma del Médico	El nombre completo y la firma del Médico que supervisó y da testimonio del registro y baja de la sangre total o componente sanguíneo.  Ejemplo: Luis Rodríguez Pérez. Firma		
11	Total	La sumatoria en sentido vertical de la sangre total o componentes sanguíneos registrados en el formato.  Ejemplo: 16.		

Clave: 2430-022-013



**ANEXO 6**  
**Baja de sangre y sus componentes FBS-5**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Observaciones	Cualquier situación que se considere de relevancia y que no se encuentre consignada en los datos previos.
13	Jefe o Responsable del Área	El Nombre, apellido paterno, apellido materno, matrícula y firma del Responsable del Área en la cual se efectúa la baja de los componentes sanguíneos registrados.  Ejemplo: Ricardo Gómez Mora. 11876543. Firma.
14	Director o Subdirector Administrativo	El Nombre, apellido paterno, apellido materno, matrícula y firma del Director o Subdirector Administrativo Responsable de autorizar la baja de los componentes sanguíneos registrados.  Ejemplo: Pedro Rodríguez Casillas. 99258667. Firma.
15	Personal que recibió los productos.	El Nombre., apellido paterno, apellido materno, matrícula y firma del Responsable de recibir los componentes sanguíneos dados de baja para darles destino final.  Ejemplo: María Pérez Ayala. 11046543. Firma.