



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

FORMATOS EN REPRESENTACIÓN GRÁFICA E INSTRUCTIVOS DEL ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS TRÁMITES QUE SE REALIZAN ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD, A TRAVÉS DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, INSCRITOS EN EL CATÁLOGO NACIONAL DE REGULACIONES, TRÁMITES Y SERVICIOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEJORA REGULATORIA

MODALIDAD A) "BANCOS DE SANGRE"

MES QUE SE INFORMA

Datos Generales

Fecha en la que se elabora el informe

Mes y año que informa

Razón social o denominación del establecimiento

RFC

Tipo de institución

CLUES

Domicilio

Colonia

Entre que calles se encuentra el establecimiento

Delegación / Municipio

Localidad

Entidad federativa

Código Postal

Longitud

Latitud

Licencia sanitaria

Modalidad

Fecha de expedición

Fecha de vigencia

Nombre completo del responsable sanitario

Con título profesional de

Con especialidad de

Teléfono

Correo electrónico del responsable sanitario

Correo electrónico institucional

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Egresos y Bajas del mes que reporta	Sangre total	Concentrado eritrocitos	Concentrado plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1. Número de unidades de sangre total fraccionadas en componentes.	<input type="text"/>							
2. Número de unidades de plasma fresco empleadas para obtener crioprecipitados				<input type="text"/>				
3. Número de unidades transfundidas.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Número de unidades suministradas al sector público. Capturar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Número de unidades suministradas al sector privado. Capturar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Número de unidades enviadas para la elaboración de hemoderivados				<input type="text"/>	<input type="text"/>			
7. Número de unidades destinadas al control de calidad e investigación.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Número de unidades que se les dio destino final.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Total de unidades de egresos y bajas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Desglose de las unidades que se les dio destino final del mes que reporta	Sangre total	Concentrado eritrocitos	Concentrado plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1. Unidades desechadas por autoexclusión.								
2. Extracción incompleta.								
3. Unidades reactivas a algún marcador infeccioso.								
4. Unidades que llegaron al término de su vigencia (caducidad).								
5. Unidades que no cumplen con temperatura de almacenamiento (red fría).								
6. Unidades con presencia de coágulo.								
7. Apertura o rotura del sistema cerrado.								
8. Unidades a las que se les dio destino final por otras causas:								

Existencias al término del mes que reporta	Sangre total	Concentrado eritrocitos	Concentrado plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
Existencias al término del mes que informa.								

Representación gráfica



Existencias al término del mes que informa	Sangre total	Concentrados de eritrocitos	Concentrados de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1. Existencias al término del mes que informa							

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A - BANCOS DE SANGRE

Sección C- Reacciones adversas a la donación

Eventos o reacciones adversas a la donación	No Eventos
1. Número de donantes que presentaron reacciones adversas a la donación.	
2. Número de reacciones adversas a la donación.	
--Selecciona un evento adverso--	No hay eventos adversos
<input type="button" value="Agregar"/>	
--Selecciona un evento adverso--	
Embolismo aéreo por aféresis	
Evento cardiovascular mayor	
Hematoma	
Inflamación/infección en sitio de punción	
Lesión /irritación del nervio	
Otras lesiones vasculares (trombosis venosa profunda, fístula arteriovenosa, síndrome compartimental, pseudoaneurisma)	
Punción arterial	
Reacción alérgica local	
Reacción anafiláctica	
Reacción vasovagal con crisis convulsivas	
Reacción vasovagal con pérdida de la conciencia > 60 seg sin crisis convulsiva	
Reacción vasovagal sin pérdida de la conciencia (sólo náusea/vómito/diaforesis)	
Toxicidad por citrato	
3. Describa si algún evento o reacción adversa generó alguna secuela, especifique:	

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

5. Donantes autólogos		VIH 1-2	Ags - HB	VHC	T. pallidum	T. cruzi	acHB (core)	Brucella	Otros
-Número de donantes no reactivos.									
-Número de donantes reactivos.									
-Número de donantes reactivos que se les realiza confirmatoria.									
-Número de donantes positivos confirmados.									
-(%) de donantes confirmados.		%	%	%	%	%	%	%	%
									Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A - BANCOS DE SANGRE

SECCIÓN E - Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión

Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria/ suplementaria
1. VIH 1-2.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	ACCESS	Cobas - Roche - Individual	Confirmatoria
	ACCUTRACK ONE STEP	Cobas - Roche - Mini mezclas	Suplementaria
	ADALTIS	Amplificación - Grifols - Individual	Tamizaje
	ADVANCED HIV		
	ALERE		
	ALINITY I ABBOTT		
	ARCHITECT ABBOTT		
	AUTOBIO VIH ELISA		
	BIOFLASH		
	BIOKIT		
	BIOLINE		
	COBAS		
	DIAGNOSTIC		
	DIASORIN		
	ELECSYS		
	EVOLIS		
	GENSCREEN BIO RAD		
	HIV ABC		
	HIV INMUNODIAGNOSTIC		
	HIV MEXLAB		
	INMUNOCOMB		
	INTEC		
	INTERBIOL		
	LIAISON DE DIASORIN		
	MUREX		
	NEOGEN		
	ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS		
	PRISMA		
	ROCHE		
	SIEMENS		
	UNIGOLD HIV		
VIDAS BIOMERIEUX			
VITROS			
WIENER			
OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)			



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria/ suplementaria
2. VHB.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	ACCESS	Cobas – Roche - Individual	Confirmatoria
	ACCUTRACK ONE STEP	Cobas – Roche – Mini mezclas	Suplementaria
	ADALTIS	Amplificación – Grifols - Individual	Tamizaje
	ADVANCED HIV		
	ALERE		
	ALINITY I ABBOTT		
	ARCHITECT ABBOTT		
	AUTOBIO VIH ELISA		
	BIOFLASH		
	BIOKIT		
	BIOLINE		
	COBAS		
	DIAGNOSTIC		
	DIASORIN		
	ELECSYS		
	EVOLIS		
	GENSCREEN BIO RAD		
	HIV ABC		
	HIV INMUNODIAGNOSTIC		
	HIV MEXLAB		
	INMUNOCOMB		
	INTEC		
	INTERBIOL		
	LIAISON DE DIASORIN		
	MUREX		
	NEOGEN		
	ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS		
	PRISMA		
	ROCHE		
SIEMENS			
UNIGOLD HIV			
VIDAS BIOMERIEUX			
VITROS			
WIENER			
OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)			



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria/ suplementaria
3. VHC.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	ACCESS	Cobas - Roche - Individual	Confirmatoria
	ACCUTRACK ONE STEP	Cobas - Roche - Mini mezclas	Suplementaria
	ADALTIS	Amplificación - Grifols - Individual	Tamizaje
	ADVANCED HIV		
	ALERE		
	ALINITY I ABBOTT		
	ARCHITECT ABBOTT		
	AUTOBIO VIH ELISA		
	BIOFLASH		
	BIOKIT		
	BIOLINE		
	COBAS		
	DIAGNOSTIC		
	DIASORIN		
	ELECSYS		
	EVOLIS		
	GENSCREEN BIO RAD		
	HIV ABC		
	HIV INMUNODIAGNOSTIC		
	HIV MEXLAB		
	INMUNOCOMB		
	INTEC		
	INTERBIOL		
	LIAISON DE DIASORIN		
	MUREX		
	NEOGEN		
	ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS		
	PRISMA		
	ROCHE		
SIEMENS			
UNIGOLD HIV			
VIDAS BIOMERIEUX			
VITROS			
WIENER			
OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)			



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria/suplementaria
4. Treponema pallidum.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	ACCESS	Cobas – Roche - Individual	Confirmatoria
	ACCUTRACK ONE STEP	Cobas – Roche – Mini mezclas	Suplementaria
	ADALTIS	Amplificación – Grifols - Individual	Tamizaje
	ADVANCED HIV		
	ALERE		
	ALINITY I ABBOTT		
	ARCHITECT ABBOTT		
	AUTOBIO VIH ELISA		
	BIOFLASH		
	BIOKIT		
	BIOLINE		
	COBAS		
	DIAGNOSTIC		
	DIASORIN		
	ELECSYS		
	EVOLIS		
	GENSCREEN BIO RAD		
	HIV ABC		
	HIV INMUNODIAGNOSTIC		
	HIV MEXLAB		
	INMUNOCOMB		
	INTEC		
	INTERBIOL		
	LIAISON DE DIASORIN		
	MUREX		
	NEOGEN		
	ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS		
	PRISMA		
	ROCHE		
	SIEMENS		
UNIGOLD HIV			
VIDAS BIOMERIEUX			
VITROS			
WIENER			
OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)			



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Agente	Escrutinio o tamizaje	NAT	Confirmatoria/suplementaria
5. Trypanosoma cruzi.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	ACCESS	Cobas – Roche - Individual	Confirmatoria
	ACCUTRACK ONE STEP	Cobas – Roche – Mini mezclas	Suplementaria
	ADALTIS	Amplificación – Grifols - Individual	Tamizaje
	ADVANCED HIV		
	ALERE		
	ALINITY I ABBOTT		
	ARCHITECT ABBOTT		
	AUTOBIO VIH ELISA		
	BIOFLASH		
	BIOKIT		
	BIOLINE		
	COBAS		
	DIAGNOSTIC		
	DIASORIN		
	ELECSYS		
	EVOLIS		
	GENSCREEN BIO RAD		
	HIV ABC		
	HIV INMUNODIAGNOSTIC		
	HIV MEXLAB		
	INMUNOCOMB		
	INTEC		
	INTERBIOL		
	LIAISON DE DIASORIN		
	MUREX		
	NEOGEN		
ORTHO CLINICAL DIAGNOSTICS			
PRISMA			
ROCHE			
SIEMENS			
UNIGOLD HIV			
VIDAS BIOMERIEUX			
VITROS			
WIENER			
OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)			



Tipo de técnica y marca comercial empleada para detección de otros agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

Agente	Escrutinio o tamizaje	Confirmatoria/suplementaria
6. Brúcella sp.	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	BIO-ROSA DE BENGALA MEXLAB	Confirmatoria
	BRUCELLA IgG BIORAD	Suplementaria
	BRUCELLA IgG ELISA CALBIOTECH QUIMIBIOL	Tamizaje
	BRUCELLA IgG SERION ELISA BIORAD	
	ROSA DE BENGALA LAFON	
	ROSA DE BENGALA LICON	
	ROSA DE BENGALA MICSA	
	ROSA DE BENGALA MONLAB	
	ROSA DE BENGALA QUIMIBIOL	
	ROSA DE BENGALA SPINREACT	
	ROSE DE BENGAL KIT KARLA COMERCIAL	
	OTROS (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES)	
	7. Otros (especifique)	
Agregar		

Agente	Escrutinio o tamizaje	Confirmatoria/suplementaria	Borrar
--------	-----------------------	-----------------------------	--------

Observaciones y aclaraciones sobre las pruebas de laboratorio

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A - BANCOS DE SANGRE

SECCIÓN F - Colectas de sangre en centro de colecta fijos y colectas externas efectuadas por el banco de sangre.

LOS DATOS REGISTRADOS EN LA SECCIÓN F DEBERÁN HABERSE CARGADO PREVIAMENTE EN LA SECCIÓN A DE ESTE FORMATO.

F1. Colectas de sangre en centros de colecta fijos

Número de centros de colecta con los que cuenta el banco de sangre.

CLUES	Código de Establecimiento	Nombre del centro de colecta	Nº de unidades de sangre colectadas	Agregar
Buscador CLUES				<input type="button" value="Agregar"/>

F2. Colectas externas

Fecha	Lugar donde se llevó a cabo la colecta	Nº de unidades de sangre colectadas	Agregar
dd/mm/aaaa			<input type="button" value="Agregar"/>

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A - BANCOS DE SANGRE

Sección G - Causas de diferimiento (rechazo) de donantes por sexo y rango de edad.

Determinación	18 - 19		20 - 34		35 - 49		50 - 65		FEMENINO	MASCULINO
	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL	
1. Anemia										
2. Antecedentes de hepatitis										
3. Diabetes insulino dependiente										
4. Hemoglobina o hematocrito bajos										
5. Hipertensión / hipotensión										
6. Infección activa										
7. Peso bajo										
8. Prácticas de riesgo										
9. Otros										
TOTAL:										

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A – BANCOS DE SANGRE

Sección H – Desglose de intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos.

Recibidas del sector público

CLUES	Nombre del establecimiento	SUB-CLUES	Sangre total	Concentrados de eritrocitos	Concentrados de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados	Aféresis eritrocitos	Aféresis plaquetarias	Agregar
											Agregar

Recibidas del sector privado

CLUES	Nombre del establecimiento	SUB-CLUES	Sangre total	Concentrados de eritrocitos	Concentrados de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	Crioprecipitados	Aféresis eritrocitos	Aféresis plaquetarias	Agregar
											Agregar

Suministradas al sector público

CLUES	Nombre del establecimiento	SUB-CLUES	Sangre total	Concentrados de eritrocitos	Concentrados de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	crioprecipitados	Aféresis eritrocitos	Aféresis plaquetarias	Agregar
											Agregar

Suministradas al sector privado

CLUES	Nombre del establecimiento	SUB-CLUES	Sangre total	Concentrados de eritrocitos	Concentrados de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores lábiles	crioprecipitados	Aféresis eritrocitos	Aféresis plaquetarias	agregar
											Agregar

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A – BANCOS DE SANGRE

Sección I – Grupo sanguíneo de los donadores.

Grupo Sanguíneo y RH	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	TOTAL
Femenino									
Masculino									
Total									

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD A – BANCOS DE SANGRE

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

Observaciones y aclaraciones.

Observaciones

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Acepto

Lugar

Fecha

--	--

Representación gráfica



MODALIDAD A) "BANCOS DE SANGRE"	
Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. CNTS-01-003-A	
Datos Generales	La información de los datos generales deberán enviarse previamente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, para su carga.
Modalidad de la Licencia Sanitaria	- Banco de sangre

SECCIÓN A.- USO ALOGÉNICO.

Nota: La sección A se reserva exclusivamente para el registro de unidades colectadas para uso alogénico, no incluya las unidades para uso autólogo.

Donantes alogénicos del mes que informa

Número de donantes voluntarios y altruistas.	Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron: valoradas, diferidas temporal o permanentemente y aceptadas, quienes proporcionaron sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivadas únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que intervenga una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
Número de donantes regulares.	Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, diferidas temporal o permanentemente y aceptadas, cuyo objetivo para donar sangre o componentes sanguíneos fue el mismo del numeral 1 de esta sección y que han proporcionado su sangre o componentes sanguíneos en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en el mismo establecimiento.
Número de donantes de repetición.	Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, diferidas temporal o permanentemente y aceptadas, cuyo objetivo para donar sangre o componentes sanguíneos fue el mismo del numeral 1 de esta sección y que han proporcionado su sangre o componentes sanguíneos en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en distintos establecimientos.
Número de donantes familiares o de reposición.	Registre el número de personas (desglosando por sexo femenino o masculino) que fueron valoradas, diferidas temporal o permanentemente y aceptadas, cuyo objetivo fue donar sangre o componentes sanguíneos a favor de un paciente, en respuesta a una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
Totales.	Se sumarán los valores capturados correspondiente a cada columna.



Donantes aceptados por grupo etario y sexo del mes que informa

Donantes aceptados de acuerdo a edad y sexo. Registre el número de donantes aceptados de acuerdo con el grupo etario (18-19, 20-34, 35-49 y 50-65 años) y sexo.

Existencias al inicio del mes que informa.

Existencias al inicio del mes que informa. Número de unidades remanentes de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, que tenga almacenadas al inicio del mes informado.

Ingresos y altas del mes que se informa

1. Número de unidades obtenidas de sangre total Registre el número de unidades de sangre total obtenidas en el banco de sangre, en los centros de colecta a su cargo y/o colectas externas realizadas. La suma de sangre total y aféresis del siguiente punto deberá coincidir con el número de donantes aceptados.

2. Número de unidades obtenidas por fraccionamiento o aféresis. Registre el número de componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados) obtenidos por fraccionamiento de las unidades de sangre total y/o aféresis (de eritrocitos y plaquetarias).

Nota: Los componentes sanguíneos obtenidos por fraccionamiento deberán ser igual o menor a las unidades de sangre total obtenidas en el punto anterior. Si fue doble colecta anote dos unidades.

2.1 ¿Su extracción fue de bolsa doble? Seleccione la casilla en caso de que por aféresis de eritrocitos y/o por aféresis plaquetaria haya obtenido extracción de bolsa doble.

2.2 Anotar el número de bolsas adicionales obtenidas en la extracción Registre el número total de bolsas adicionales obtenidas por extracciones en bolsa doble por aféresis de eritrocitos y/o por aféresis plaquetaria.

3. Número de unidades procedentes del sector público. Registre el número de unidades de sangre o componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector público.

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección H- desglose de intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos Recibidas del sector público, y podrá realizar el registro de los establecimientos de los cuales recibió unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe.

4. Número de unidades procedentes del sector privado.

Registre el número de unidades de sangre o componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector privado.

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección H- desglose de intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos. Recibidas del sector privado y podrá realizar el registro de los establecimientos de los cuales recibió unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe.

5. Separación de unidades en fracciones pediátricas.

Seleccione la casilla en caso de haber separado unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias en fracciones para uso pediátrico.

- 5.1 ¿Cuántas unidades se separaron en fracciones pediátricas?

Registrar el número total de unidades de aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se separaron en fracciones pediátricas.

NOTA: con fines estadísticos se deberá contabilizar como **una unidad** egresada, transfundida o dada de baja, independientemente del número de fracciones pediátricas obtenidas de una separación de una unidad.

6. Total de ingresos y altas.

Es la sumatoria de la sangre y sus componentes sanguíneos correspondiente a los ingresos y altas de los numerales 1 al 4, para indicar el total de ingresos y altas.

7. Total de existencias e ingresos.

Es la sumatoria de la sangre y sus componentes sanguíneos correspondiente a los ingresos y altas (numeral 6) y existencias al inicio del mes que informa (numeral 1).



Egresos y bajas del mes que informa

- 1.** Número de unidades de sangre fraccionadas en componentes. **total en**
Registre el número de unidades de sangre total que fraccionó para obtener componentes sanguíneos.
- 2.** Número de unidades de plasma empleadas para obtener crioprecipitados. **fresco**
Registre el número de unidades de plasma fresco que ocupó para obtener crioprecipitados.
- 3.** Número de unidades transfundidas.
Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, que se transfundieron en su banco de sangre o, en su caso, en la unidad hospitalaria donde se encuentra su establecimiento.

Nota: Al generar registros en esta sección deberá llenar la modalidad B "Servicios de Transfusión" y modalidad C "Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión" en caso de que exista algún evento adverso a la transfusión. Si el banco de sangre no cuenta con acceso a estos formatos, deberá comunicarse al CNTS para hacer la aclaración y solicitar acceso

- 4.** Número de unidades suministradas al sector público.
Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias suministradas a otros establecimientos del sector público.

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección H- desglose de intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos. Suministradas al sector público y podrá realizar el registro de los establecimientos a los que suministró unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe.

De haber suministrado mezclas ("pooles") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

- Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.



Egresos y bajas del mes que informa

- 5.** Número de unidades suministradas al sector privado. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que envió a otros establecimientos, del sector privado.
- NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección H- desglose de intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos. Suministradas al sector privado y podrá realizar el registro de los establecimientos a los que suministró unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe.
- De haber suministrado mezclas ("*pooles*") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:
- Una sangre reconstituida, regístrela como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
 - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.
- 6.** Número de unidades enviadas para la elaboración de hemoderivados. En su caso, anote el número de unidades de plasma fresco y plasma desprovisto de factores lábiles que envió a establecimientos procesadores de hemoderivados (tales como albúmina, inmunoglobulinas, factores de coagulación, etc.).
- 7.** Número de unidades destinadas al control de calidad e investigación. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis de plaquetarias, que empleó para evaluar los procesos de su laboratorio y cumplimiento de los estándares de calidad establecidos de las unidades procesadas en su banco de sangre u otros similares.
- 8.** Número de unidades a las que se les dio destino final. Corresponde a la sumatoria del desglose de las unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y plaquetarias, a las cuales se les dio destino final.
- Ver sección de desglose de unidades a las que se les dio destino final.
- 9.** Total, de unidades de egresos y bajas. Dato correspondiente a la sumatoria de los productos sanguíneos egresados o dados de baja (numerales 1 al 8).

Desglose de las unidades que se les dio destino final del mes que informa

- 1.** Unidades desechadas por autoexclusión. Anote el número de unidades de sangre total, que se les dio destino final por cualquiera de las causas siguientes:



Desglose de las unidades que se les dio destino final del mes que informa

- a) Porque el donante no entregó el formato de respuesta de la autoexclusión o por extravió del mismo;

b) Porque el donante no lo contestó;

c) Porque el donante consideró "no apta" su sangre o componentes para uso terapéutico (véanse numerales correspondientes la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-vigente), o bien

d) Porque el donante respondió con ambigüedad, por ejemplo, que anotó doble respuesta (SI y NO consideraba apta su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico).
- 2.** Extracción incompleta. Anote el número de unidades de sangre total, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias en las que no se concluyó la extracción derivado de problemas durante la donación, como presentación de alguna reacción adversa, entre otros.
- 3.** Unidades reactivas a algún marcador de infeccioso. Anote las unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final por haber resultado inicialmente reactivas a las pruebas de tamizaje para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (cualquiera de sus tipos), virus de la hepatitis B y C, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi* o cualquier otro agente investigado que represente un riesgo transfusional.
- 4.** Unidades que llegaron al término de su vigencia (caducidad). Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles.
- 5.** Unidades que no cumplen con temperatura de almacenamiento (red fría). Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias a las que se les dio destino final por defecto de la temperatura de conservación en el almacenamiento o transporte.
- 6.** Unidades con presencia de coágulo. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias a las que se les dio destino final por presencia de coágulos.
- 7.** Apertura o rotura del sistema cerrado. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias a las que se les dio destino final por apertura o rotura del sistema de cerrado.
- 8.** Unidades a las que se les dio destino final por otras causas. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato, por ejemplo: el desecho de plasmas provenientes de donantes con



Desglose de las unidades que se les dio destino final del mes que informa

alergia severa, concentrados de eritrocitos con resultado positivo en la prueba de Coombs directo, unidades con algún defecto en la obtención, con lipemia o con plasma icterico (ya que no se cuantifican bilirrubinas), con hemólisis o contaminación con eritrocitos, cambios en su coloración, deterioro o evidencias de contaminación, etc.

Nota: La suma de cada columna contenida en la sección “Desglose de las unidades que se les dio destino final” debe coincidir con los números registrados en la sección egresos y bajas numeral 8 “Número de unidades que se les dio destino final”.

Existencias al término del mes que informa.

Existencias al término del mes que informa.

Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que quedaron almacenadas al finalizar el mes reportado.

Las existencias deberán corresponder a:

- $(\text{Existencias al inicio del mes}) + (\text{Total de ingresos y altas}) - (\text{Total de egresos o bajas})$.

Nota: Las unidades existentes al término de un determinado mes, deben coincidir con las unidades existentes al inicio del mes siguiente.

SECCIÓN B.- USO AUTÓLOGO (DEPÓSITO PREVIO)

Nota: La sección B se reserva exclusivamente para el registro de unidades colectadas para uso autólogo, no incluya las unidades para uso alogénico.

Donantes/receptores del mes que informa

1. Pacientes del hospital al que pertenece el banco, a los que se realizó procedimiento de depósito previo de sangre. Registre el número de pacientes atendidos en el establecimiento de atención médica, donde, se encuentra ligado su banco de sangre, en quienes se efectuó la colecta, procesamiento y determinaciones analíticas de la sangre para uso autólogo por el método de depósito previo.
2. Pacientes de otro establecimiento, a los que se realizó procedimiento de depósito previo de sangre. Registre el número de pacientes referidos de otros establecimientos de atención médica a su banco de sangre, para efectuar la colecta, procesamiento y determinaciones analíticas para la disposición de sangre para uso autólogo.



Existencias al inicio del mes que informa

1. Existencias al inicio del mes que informa. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que tengan almacenadas al inicio del mes informado.

Ingresos y altas del mes que informa

1. Número de unidades de sangre total colectadas. Registre el número de unidades de sangre total, para uso autólogo que obtuvo durante el mes que informa.
2. Número de unidades obtenidas por fraccionamiento o aféresis. Registre el número de componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados) obtenidos por fraccionamiento de las unidades de sangre total y/o por aféresis (de eritrocitos o plaquetarias) para uso autólogo.
3. Número total de existencias e ingresos. Es la sumatoria de la sangre y sus componentes sanguíneos correspondiente a los ingresos y altas (numeral 1 y 2) y existencias al inicio del mes que informa (numeral 1).

Egresos y bajas del mes que informa

1. Número de unidades de sangre total fraccionadas. Registre el número de unidades de sangre colectadas para uso autólogo que sometió a fraccionamiento para obtener componentes sanguíneos.
2. Número de unidades transfundidas. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles obtenidas mediante depósito previo, y/o por aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, transfundidas o empleadas en el mismo donante.
Nota: Las unidades obtenidas para uso autólogo no empleadas para tal fin, se les deberá dar destino final.
3. Número de unidades enviadas a otro establecimiento. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles obtenidas mediante depósito previo y/o aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que colectó, procesó y analizó en su banco de sangre y suministró a otra unidad hospitalaria para su uso en transfusión autóloga.
4. Número total de unidades a las que se dio destino final. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que fueron desechadas por no haberse empleado en transfusión autóloga, por haber presentado reactividad a uno o más marcadores de infección o por cualquier otra causa.



Egresos y bajas del mes que informa

5. Total de unidades de Dato correspondiente a la sumatoria de los productos egresos y bajas. sanguíneos egresados o dados de baja (numerales 1 al 4).

Existencias al término del mes que informa.

1. Existencias al término del mes que informa. Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que quedaron almacenadas al finalizar el mes reportado.

Las existencias deberán corresponder a:

- (Existencias al inicio del mes) + (Total de ingresos y altas) - (Total de egresos o bajas).

SECCIÓN C - REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN

Eventos o reacciones adversas a la donación

1. Número de donantes que presentaron eventos o reacciones adversas a la donación. Registre el número de donadores que tuvieron eventos o reacciones adversas a la donación.
2. Número de eventos o reacciones adversas a la donación. Registre el número de eventos o reacciones adversas a la donación que presentaron los pacientes.

NOTA: De la siguiente lista y conforme al número de eventos o reacciones adversas registradas en el punto anterior, seleccione y registre cuantos eventos o reacciones adversas se presentaron en el donador.

- Embolismo aéreo por aféresis.
- Evento cardiovascular mayor.
- Hematoma.
- Inflamación/infección en sitio de punción.
- Lesión/irritación del nervio.
- Otras lesiones vasculares (trombosis venosa profunda, fístula arteriovenosa, síndrome compartimental, pseudoaneurisma).
- Punción arterial.
- Reacción alérgica local.
- Reacción anafiláctica.
- Reacción vasovagal con crisis convulsivas.
- Reacción vasovagal con pérdida de la conciencia > 60 seg sin crisis convulsivas.
- Reacción vasovagal sin pérdida de la conciencia (sólo náusea/vómito/diaforesis).
- Toxicidad por citrato.



Nota: No anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.

- (%) de donantes confirmados. Es el cálculo correspondiente al porcentaje del:
- Número de donantes positivos confirmados por 100% entre el número de donantes reactivos.

SECCIÓN E - TIPO DE TÉCNICA Y MARCA COMERCIAL EMPLEADA PARA LA DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN.

Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

1. VIH 1 - 2
 2. VHB
 3. VHC
 4. *Treponema pallidum*
 5. *Trypanosoma cruzi*
- Según el agente infeccioso transmisible estudiado, indique en la columna respectiva el tipo de técnica empleada (pruebas de escrutinio/tamizaje, o pruebas NAT: Amplificación de Ácidos Nucleicos) y a su vez, la marca comercial del reactivo utilizado; señale si se trata de una prueba confirmatoria, suplementaria o de tamizaje.

NOTA: En cada una de las columnas se desplegará un menú de opciones donde se listarán reactivos comerciales, tipos de técnicas y de prueba, seleccionara las de uso más común en su instituto

Tipo de técnica y marca comercial empleada para la detección de otros agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

6. *Brucella sp.*
 7. Otros (especifique)
- Según el agente infeccioso transmisible estudiado, indique en la columna respectiva el tipo de técnica empleada (pruebas de escrutinio/tamizaje) y a su vez, la marca comercial del reactivo utilizado; señale si se trata de una prueba confirmatoria, suplementaria o de tamizaje.

Observaciones y aclaraciones sobre las pruebas de laboratorio.

Indicar cualquier comentario que desee expresar referente a esta sección, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas.

SECCIÓN F - COLECTAS DE SANGRE EN CENTRO DE COLECTA FIJOS Y COLECTAS EXTERNAS EFECTUADAS POR EL BANCO DE SANGRE

Los datos registrados en esta sección deberán haberse cargado y desglosado previamente en la Sección A – Uso Alogénico de este formato.

F1. Colectas de sangre en centros de colecta fijos

Número de centros de colecta con los que cuenta el banco de sangre. Registre el número total de centros de colecta fijos que tenga bajo su responsabilidad el banco de sangre.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Clave, código, nombre del centro de colecta y número de unidades de sangre colectadas.

En las columnas respectivas indique la clave, código, nombre del centro de colecta y señale el número de unidades de sangre colectadas durante el mes informado.

Nota: Deberá agregar todos los centros de colecta que tenga bajo su responsabilidad el banco de sangre, la información se guardará conforme se de click en agregar.

F2. Colectas externas

En las columnas correspondientes indique la fecha, lugar donde se llevó a cabo la colecta y la cantidad de unidades de sangre colectadas.

Nota: Deberá agregar todas las fechas y lugares de colectas externas que sean responsabilidad el banco de sangre, la información se guardará conforme se de click en agregar.

SECCIÓN G - CAUSAS DE DIFERIMIENTO (RECHAZO) DE DONANTES POR SEXO Y RANGO DE EDAD.

Determinación

1. Anemia
2. Antecedentes de hepatitis
3. Diabetes insulino dependiente
4. Hemoglobina o hematocrito bajos
5. Hipertensión / hipotensión
6. Infección activa
7. Peso bajo
8. Prácticas de riesgo
9. Otros

Anote en la columna correspondiente el número total de donantes diferidos de acuerdo al sexo (hombres y mujeres) y el rango de edad. En caso de tener más motivos de diferimiento o rechazo, favor de registrar en otros, así como en el cuadro final de observaciones y aclaraciones.

Nota1: Los datos deberán ser trazables con el total de diferidos de la Sección A - Uso Alogénico.

Nota2: la determinación "anemia" debe considerarse como diagnóstico ya establecido.

Sección H.- DESGLOSE DE INTERCAMBIO DE UNIDADES DE SANGRE U COMPONENTES SANGUÍNEOS.

Desglose de unidades recibidas del sector público o privado

Recibidas del sector público.

Indique los datos del establecimiento del sector público (Clave CLUES, nombre del establecimiento, SUB-CLUES) y las unidades recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias.

Recibidas del sector privado.

Indique los datos del establecimiento del sector privado (Clave CLUES, nombre del establecimiento, SUB-CLUES) y las unidades recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis eritrocitos y aféresis plaquetarias.

Nota: la información se guardará conforme se de click en agregar



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Desglose de unidades suministradas al sector público o privado

Suministradas al sector público.	Indique los datos del establecimiento del sector público (Clave CLUES, Nombre del establecimiento, SUB-CLUES) y las unidades suministradas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis eritrocitos y aféresis plaquetarias.
Suministradas al sector privado.	Indique los datos del establecimiento del sector privado (Clave CLUES, nombre del establecimiento, SUB-CLUES) y las unidades suministradas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis eritrocitos y aféresis plaquetarias.

Nota: la información se guardará conforme se de click en agregar

Sección I. GRUPO SANGUÍNEO DE LOS DONADORES

Grupo sanguíneo y RhD - Femenino - Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo A RhD, B RhD, AB RhD y O RhD positivos y/o negativos según corresponda.

Nota: La cantidad deberá ser trazable con el total de donadores aceptados de la Sección A - Uso Alogénico.

Grupo sanguíneo y RhD- Masculino - Anotar la cantidad de donadores con grupo sanguíneo A RhD, B RhD, AB RhD y O RhD positivos y/o negativos según corresponda.

Nota: La cantidad deberá ser trazable con el total de donadores aceptados de la Sección A - Uso Alogénico.

Observaciones y aclaraciones.

Anote en el recuadro correspondiente cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar o desee expresar y no haya podido registrar en todas las secciones anteriores.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.



MODALIDAD B) "SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN" BANCO DE SANGRE

MES QUE SE INFORMA

Datos Generales

Fecha en la que se elabora el informe Mes y año que informa

Razón social o denominación del establecimiento RFC

Tipo de institución CLUES

Domicilio Colonia Entre que calles se encuentra el establecimiento

Delegación / Municipio Localidad Entidad federativa Código Postal

Longitud Latitud

Licencia sanitaria Modalidad Fecha de expedición Fecha de vigencia

Nombre completo del responsable sanitario Con título profesional de Con especialidad de

Teléfono Correo electrónico del responsable sanitario Correo electrónico institucional

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B - SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección A-Vigilancia Transfusional

Vigilancia transfusional		
Comité de Medicina Transfusional	Instalado	--Selecciona una opción-- SI NO NO APLICA- TRANSFUNDE MENOS DE 50 UNIDADES AL MES
	Funcionando	--Selecciona una opción-- SI NO NO APLICA
¿Ya subió previamente la minuta de la última sesión?		--Selecciona una opción-- SI NO
*En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles.		<input type="text" value="Selecciona un pdf"/> <input type="button" value="Buscar"/>
		<input type="button" value="Adjuntar archivo"/>

Archivos cargados	
Nombre del Archivo	Acciones
	<input type="button" value="Representación gráfica"/>



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección B - Requerimientos de Sangre y sus componentes

	Transfundidos	No pudieron ser transfundidos
1.- Número de pacientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.- Unidades transfundidas	<input type="text"/>	
3.- ¿Su servicio de sangre corresponde a un banco de Sangre?	--Selecciona una opción-- <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/>	
4.- En caso de responder afirmativamente, indicar lo siguiente:	Número de unidades transfundidas Autólogas:	<input type="text"/>
	Número de unidades transfundidas Alogénicas:	<input type="text"/>
Observaciones (Indicar las causas del porque no pudieron ser transfundidos los pacientes)	<input type="text"/>	

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección C- Número de pruebas de inmunohematología que realiza en su establecimiento

Total de unidades transfundidas

Número de pruebas de inmunohematología que realiza en su establecimiento

Pruebas de inmunohematología	¿Las realizan?	Número de pruebas realizadas	En caso de que no indicar el motivo
Grupo sanguíneo ABO	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RH (D)	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pruebas de compatibilidad	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rastreo de anticuerpos irregulares	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Sección H.- Desglose de unidades transfundidas por rango de edad y sexo. Uso alogénico y uso autólogo.

Total de unidades transfundidas:

1.- Uso alogénico

	<5		5-9		10-19		20-34		35-49		50-65		>65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Unidades transfundidas	<input type="text"/>															
Total															<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total alogénicos															<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.- Uso autólogo

	<5		5-9		10-19		20-34		35-49		50-65		>65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Unidades transfundidas	<input type="text"/>															
Total															<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total Autólogo															<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Sección I.- Desglose de unidades transfundidas por grupo sanguíneo. Uso Alogénico y uso Autólogo.

Unidades transfundidas:

1.- Uso alogénico

	A Rh +	A Rh -	B Rh +	B Rh-	AB Rh+	AB Rh-	O Rh +	O Rh-	Total	
	Unidades transfundidas	<input type="text"/>								
Total alogénicos									<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.- Uso autólogo

	A Rh +	A Rh -	B Rh +	B Rh-	AB Rh+	AB Rh-	O Rh +	O Rh-	Total	
	Unidades transfundidas	<input type="text"/>								
Total autólogos									<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en La página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Acepto

Lugar

Fecha

--	--

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD C – REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN

Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión

¿Presentó eventos en el mes?

¿Cuántos?

--Selecciona una opción--		+	
SI			
NO			

EVENTO 1 sin terminar	
--	--

UNIDAD TRANSFUNDIDA

Número de unidad transfundida	Tipo de componente sanguíneo transfundido	Grupo ABO
	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	Sangre total	A
	Concentrado de eritrocitos	B
	Concentrado de plaquetas	AB
	Plasma fresco	O
	Plasma desprovisto de factores lábiles	
	Crioprecipitados	
	Aféresis de eritrocitos	
	Aféresis plaquetaria	

Rh D	Volumen transfundido	Fecha de caducidad del componente
--Selecciona una opción--	mL	
Positivo (+)		
Negativo (-)		

Procedimiento especial:

Inactivado	Irradiado	Lavado
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
NO	NO	NO
SI	SI	SI

Leucodepletado	Reconstituido
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
NO	NO
SI	SI

PACIENTE

GRUPO ABO	RH D	Resultado de prueba cruzada
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
A	Positivo (+)	Compatible
B	Negativo (-)	Incompatible
AB		
O		

Hematocrito	Hemoglobina	Plaquetas
%	g/dL	10 ⁹ /μL

TP	TTP A	INR
segundos	segundos	



DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha de egreso del banco de sangre dd/mm/aaaa	Hora de egreso del banco de sangre --:--:--
---	--

Fecha de la Transfusión dd/mm/aaaa

Hora de inicio --:--:--	Hora de finalización --:--:--	Hora de suspensión (si procede) --:--:--
----------------------------	----------------------------------	---

SIGNOS VITALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN

	Tensión Arterial (mmHg)	Temperatura (°C)	Frecuencia Cardíaca (por min)	Frecuencia Respiratoria (por min)	Estado general
Antes	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Durante	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Después	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTÓ EL RECEPTOR COMO REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN EN CASO DE REQUERIR SELECCIONAR DOS O MAS OPCIONES DEL MISMO CAMPO, PULSE LA TECLA CTRL + CLIC DEL MOUSE BOTÓN IZQUIERDO.

A. Reacción transfusional hemolítica	B. Reacción transfusional no hemolítica	C. Otras reacciones transfusionales
--Seleccionar una opción--	--Seleccionar una opción--	--Seleccionar una opción--
1. Reacción Transfusional Hemolítica Aguda (RTHA) 2. Reacción Hemolítica Transfusional Tardía (RHTT) 3. Reacciones Serológicas de Aloinmunización 4.- Ninguna	1. Reacción transfusional febril no hemolítica 2. Reacciones alérgicas 3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión 4. Púrpura postransfusional 5. Lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión 6. Disnea asociada a la transfusión (TAD) 7. Sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión 8. Reacción transfusional hipotensiva 9. Ninguna	1. Hemosiderosis 2. Hipercalemia (incremento de potasio) 3. Complicación no clasificable transfusional 4. Ninguna

¿Se interrumpió la transfusión?	Cantidad residual
--Selecciona una opción--	<input type="text"/> mL
NO	
SI	

Indique si se realizó las siguientes acciones inmediatas

Notificar al médico	Suministró medicamentos	¿Cuáles? (nombre genérico, dosis indicada)
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>
NO	NO	
SI	SI	

Conclusión del caso

Error de identificación	Reacción adversa a la transfusión	Imputabilidad
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
Hemocomponente	Aguda	Definitivo
Paciente	Tardía	Probable
NO		Posible
		Poco probable
		Excluido



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Severidad

--Selecciona una opción--
No severo (G1)
Severo (G2)
Riesgo de vida (G3)
Muerte (G4)

Diagnóstico final

Observaciones del Caso

Guardar

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD C – REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Acepto

Lugar

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Representación gráfica



MODALIDAD B) "SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN"	
Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. CNTS-01-003-B	
Datos Generales	La información de los datos generales deberán enviarse previamente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, para su carga.
Modalidad de la Licencia Sanitaria	<ul style="list-style-type: none">• Banco de sangre (si transfunde)

Para asegurar el reporte de reacciones adversas a la transfusión tanto de bancos de sangre que transfunden, como servicios de transfusión que realizan directamente las transfusiones, se conjuntó en la plataforma SANGRHE la Modalidad B y la Modalidad C, resultando en dos versiones de Formato B para su correcto llenado, es decir, Modalidad B para llenado de bancos de sangre que realizan transfusiones y Modalidad B para servicios de transfusión.

SECCIÓN A.- VIGILANCIA TRANSFUSIONAL.

Comité de Medicina Transfusional

Instalado: Responder "SI", únicamente si cuenta con acta de instalación, constitutiva y/o actualización del año en curso.

Funcionando: Responder "SI", únicamente si cuenta con minutas de sesión de dicho comité.

En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles

Deberá seleccionar el archivo PDF correspondiente a la minuta más reciente de su comité desde su equipo de cómputo, para adjuntarla con el informe del mes. Para envío de información de su comité deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Únicamente se recibirá información del año en curso.
- Para saber tiempo específico de entregas de actas, deberá revisar la versión más reciente de las Recomendaciones para la Conformación, Estructura y Funcionamiento del Comité de Medicina Transfusional en los Servicios de Salud, publicadas por este CNTS.
- La información del comité únicamente se recibe en formato PDF.
- La información del comité debe contener firmas autógrafas de los asistentes a las sesiones.
- La información de los archivos adjuntos debe ser legible.
- Deberá adjuntar un archivo PDF por tema (ejemplos de temas: calendario, instalación del comité, minuta de sesión, etc.)"

SECCIÓN B - REQUERIMIENTOS DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.

1. Número de pacientes

Transfundidos: Anotar el número de pacientes que fueron transfundidos.

No pudieron ser transfundidos: Anotar el número de pacientes que no pudieron ser transfundidos (por causas



propias del servicio de sangre) o no suministrados por insuficiencia de productos sanguíneos.

2. Unidades transfundidas

Registre el número de unidades transfundidas: sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos o aféresis plaquetaria durante el mes informado.

Nota: Las mezclas (“pooles”) de componentes, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

- Una sangre reconstituida, se registrará como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

3. ¿Su servicio de sangre corresponde a un banco de sangre?

Su respuesta deberá ser afirmativa debido a que su servicio de sangre es un banco de sangre con transfusiones directas.

Nota: Los bancos de sangre con transfusiones directas que respondan afirmativamente esta pregunta llenarán las siguientes secciones: Datos generales, Sección A, Sección B, Sección C, Sección D, Sección E, Sección F, Sección G, Sección H, Sección I, Modalidad B final, Modalidad C Sección A y Modalidad C final.

4. En caso de responder afirmativamente, indicar lo siguiente:

Registrar el número de unidades transfundidas autólogas y alogénicas.

Observaciones
(Indicar las causas del porqué no pudieron ser transfundidos los pacientes)

Registrar motivos

SECCIÓN C - NÚMERO DE PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA QUE REALIZA EN SU ESTABLECIMIENTO.

Número de pruebas de Inmunohematología que realiza en su establecimiento.

Pruebas de inmunohematología

Grupo sanguíneo ABO.

Indicar si se realizan las pruebas, posteriormente escribir el número de pruebas que realizaron de todo el mes que se está reportando y, por último, en caso de no haber realizado todas las pruebas, se deberá indicar el motivo.

RH (D).

Pruebas de compatibilidad.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Rastreo de anticuerpos irregulares.

Nota: A todas las unidades transfundidas se les deberán realizar todas las pruebas de inmunohematología.

SECCIÓN H.- DESGLOSE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO. USO ALOGÉNICO Y USO AUTÓLOGO.

Anote la cantidad de componentes sanguíneos que se hayan transfundido en su establecimiento, desglosado por rango de edad y sexo en el mes reportado, respecto al uso alogénico y/o autólogo.

Unidades transfundidas de uso alogénico. Registre las unidades empleadas para transfusión en uso alogénico desglosando por rango de edad y sexo.

Unidades transfundidas de uso autólogo. Registre las unidades empleadas para transfusión en uso autólogo desglosando por rango de edad y sexo.

Rango de edades: (<5, 5-9, 10-19, 20-34, 35-49, 50-65,>65)

F: Femenino

M: Masculino.

SECCIÓN I.- DESGLOSE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR GRUPO SANGUÍNEO. USO ALOGÉNICO Y USO AUTÓLOGO.

Anote la cantidad de componentes sanguíneos que se hayan transfundido en su establecimiento, desglosará por grupo sanguíneo (A Rh positivo, A Rh negativo, B Rh positivo, B Rh negativo, AB Rh positivo, AB Rh negativo, O Rh positivo, O Rh negativo) en el mes reportado, respecto al uso alogénico y/o autólogo.

Unidades transfundidas de uso alogénico. Registre las unidades empleadas para transfusión en uso alogénico desglosando la cantidad por grupo sanguíneo ABO y Rh positivo o negativo.

Unidades transfundidas de uso autólogo. Registre las unidades empleadas para transfusión en uso autólogo desglosando la cantidad por grupo sanguíneo ABO y Rh positivo o negativo.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.
- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MODALIDAD C – REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN.

Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión

- ¿Presentó eventos por mes? Indique si presenta o no eventos de transfusión al mes.
- ¿Cuántos? Indique la cantidad de eventos de transfusión presentados por mes y deberá llenar cada evento con los datos que se le solicitarán dando click en el número de evento.

EVENTO

UNIDAD TRANSFUNDIDA

- Número de unidad transfundida Anotar la clave alfanumérica de la unidad transfundida asignada previamente en su institución.
- Tipo de componente sanguíneo transfundido Indicar el componente sanguíneo transfundido al paciente:
- a) Sangre total
 - b) Concentrado de eritrocitos.
 - c) Concentrado de plaquetas.
 - d) Plasma fresco.
 - e) Plasma desprovisto de factores lábiles.
 - f) Crioprecipitados.
 - g) Aféresis de eritrocitos.
 - h) Aféresis plaquetaria.
- Grupo ABO Indicar el grupo sanguíneo de la unidad transfundida:
- a) A
 - b) B
 - c) AB
 - d) O
- RH D Indicar si el factor RH de la unidad transfundida es:
- a) Positivo (+)
 - b) Negativo (-)
- Volumen transfundido Registrar el volumen transfundido en mililitros (mL).
- Fecha de caducidad del componente Registrar la fecha en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).
- Procedimiento especial Indicar el tipo de procedimiento realizado:
- a) Inactivado
 - b) Irradiado
 - c) Lavado
 - d) Leucodepletado
 - e) Reconstituido



PACIENTE

Grupo ABO	Indicar el grupo sanguíneo de la unidad transfundida: a) A b) B c) AB d) O
RH D	Indicar si el factor RH de la unidad transfundida es: a) Positivo (+) b) Negativo (-)
Resultado de prueba cruzada	Indicar si el resultado de la prueba cruzada es: a) Compatible b) Incompatible
Hematocrito	Registrar los resultados en gramos sobre decilitro (g/dL).
Hemoglobina	Registrar los resultados en 10 a la tercera potencia sobre microlitros ($10^3/\mu\text{L}$)
Plaquetas	Registrar los resultados del tiempo de protrombina en segundos.
TP	Registrar los resultados del tiempo de tromboplastina parcial activado en segundos.
TTP A	Registrar los resultados del índice internacional normalizado (INR)
INR	Indicar la fecha que egresó la unidad del banco de sangre en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).

DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha de egreso del banco de sangre	Indicar la hora en que egresó la unidad del banco de sangre en formato de 24 horas.
Hora de egreso del banco de sangre	Indicar la fecha de caducidad del componente en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).
Fecha de la transfusión	Indicar la fecha de transfusión en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año). Considero pertinente bloquear que la fecha del inicio de la transfusión debe ser posterior a la de egreso del banco de sangre.
Hora de inicio	Indicar la hora de inicio de la transfusión en formato de 24 horas.
Hora de finalización	Indicar la hora de finalización de la transfusión en formato de 24 horas.
Hora de suspensión (si procede)	Indicar la hora de suspensión de la transfusión en formato de 24 horas (si procede).

SIGNOS VITALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN.

Tensión Arterial (mmHg)	Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en milímetros de mercurio (mmHg) (Aclarar que el primer valor es la Presión Arterial Sistólica y el Segundo la Diastólica, así
-------------------------	--



como poner un bloqueo que de la PAS debe ser mayor a la PAD

Temperatura (°C)	Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en grados centígrados (°C)
Frecuencia Cardíaca (por min)	Indicar el valor vitales antes, durante y después de la transfusión en minutos (min)
Frecuencia Respiratoria (por min)	Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en minutos (min)
Estado general	Indicar el estado general del paciente antes, durante y después de la transfusión.

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ EL RECEPTOR COMO REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN

Indicar los tipos de reacciones adversas a la transfusión que se le presentaron al paciente (pueden ser indicadas más de una).

1. Reacción Transfusional Hemolítica Aguda (RTHA)
 - 1.1 Signos más frecuentes en este tipo de reacciones:
 - Fiebre
 - Escalofríos / temblor
 - Eritema facial
 - Dolor torácico
 - Dolor abdominal
 - Dolor en flancos o lumbar
 - Náusea / vómito
 - Diarrea
 - Hipotensión
 - Palidez
 - Ictericia
 - Oligoanuria
 - Sangrado difuso
 - Coluria
 - 1.2 Características comunes en pruebas de laboratorio:
 - Hemoglobinemia
 - Hemoglobinuria
 - Disminución de haptoglobina sérica
 - Hiperbilirrubinemia no conjugada (indirecta)
 - Incremento de la LDH y la AST
 - Disminución de los niveles de hemoglobina
 2. Reacción Hemolítica Transfusional Tardía (RHTT)
 3. Reacciones Serológicas de Aloinmunización
 4. Ninguna
-
1. Reacción transfusional febril no hemolítica: Incremento en la temperatura mayor a un grado centígrado, que se

A. Reacción transfusional hemolítica:

Destrucción aumentada de los eritrocitos. Puede ser inmune o inmune; por el sitio de destrucción puede ser intra o extravascular y por el tiempo de aparición puede ser inmediata o tardía.



presenta durante la transfusión o en las primeras 24 horas posteriores sin otra causa que lo explique. Puede o no acompañarse de escalofrío.

2. Reacciones alérgicas: Resultan de hipersensibilidad a proteínas o sustancias alergénicas presentes en el plasma contenido en el componente transfundido, con una gama de manifestaciones clínicas desde urticaria hasta reacciones de tipo anafiláctico.

- Erupción morbiliforme con prurito
- Urticaria
- Angioedema localizado
- Edema en labios, lengua y úvula
- Prurito periorbital, eritema y edema
- Edema conjuntival

3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión: Reacción inmunológica mediada por los linfocitos presentes en el componente sanguíneo transfundido, que proliferan ante la incapacidad del receptor de rechazarlos y que mediante mecanismos diversos establecen un daño tisular de gravedad variable que puede frecuentemente conducir a la muerte.

B. Reacción transfusional no hemolítica

4. Púrpura postransfusional: Trombocitopenia autolimitada que se desarrolla de cinco a diez días después de la transfusión de componentes sanguíneos (concentrados plaquetarios y concentrados eritrocitarios) en un paciente con historia previa de sensibilización por transfusión o embarazo.

5. Lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión (TRALI): Reacción transfusional inmediata usualmente dentro de las seis horas de la transfusión que se debe considerar cuando el receptor presenta insuficiencia respiratoria aguda y/o hallazgos en rayos X característicos de infiltrado pulmonar y edema pulmonar bilateral sin evidencia de falla cardíaca u otra causa de falla respiratoria.

6. Disnea asociada a la transfusión (TAD)

7. Sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión (TACO): Falla cardíaca congestiva por transfusión en un corto periodo, que se presenta con mayor frecuencia en pacientes muy jóvenes o después de la sexta década de la vida y puede llegar a ser muy grave.

8. Reacción transfusional hipotensiva

9. Ninguna

C. Otras reacciones transfusionales

1. Hemosiderosis: El término hemosiderosis transfusional (o sobrecarga de hierro) se utiliza para definir a la enfermedad la cual es causada por un exceso importante



de hierro que se acumula de manera anómala en diferentes tejidos del organismo debido a la administración crónica de transfusiones sanguíneas.

2. Hipercalemia (incremento de potasio)
3. Complicación no clasificable transfusional
4. Ninguna

¿Se interrumpió la transfusión? Indicar si se interrumpió o no la transfusión.

Cantidad residual Colocar la cantidad residual en mililitros (mL) .

Indique si se realizó las siguientes acciones inmediatas

Notificar al médico Indicar si notificó o no al médico responsable del paciente.

Suministró medicamentos Indicar si suministró o no medicamentos.

¿Cuáles? Indicar el tipo de medicamentos que fueron suministrados. (nombre genérico, así como dosis indicada) (incluye soluciones)

Conclusión del caso

Error de identificación Indicar si hubo un error de identificación en:
- Hemocomponente.
- Paciente.
- No hubo error.

Reacción adversa a la transfusión Indicar si la reacción adversa fue aguda o tardía.
Definición de aguda y tardía. Se define como reacción adversa aguda aquella que ocurre en las primeras 24 horas posterior al inicio de la transfusión. Se considera reacción adversa tardía cuando los síntomas asociados aparecen después de las 24 horas.

Imputabilidad Indicar la probabilidad de que una presunta causa detectada, sea la causa real de un evento adverso, después de haber completado la investigación del evento adverso de la transfusión:

- Definitivo: Cuando hay evidencia concluyente más allá de cualquier duda razonable respecto a que el evento adverso puede ser atribuido a la transfusión.
- Probable: Cuando la evidencia es clara en favor de atribuir el evento adverso a la transfusión.
- Posible: Cuando la evidencia es indeterminada para atribuir el evento adverso a la transfusión o a una causa alternativa.
- Poco probable: Cuando la evidencia es clara en atribuir el evento adverso a causas distintas a la transfusión.
- Excluido: Cuando hay evidencia concluyente más allá de cualquier duda razonable respecto a que el evento



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

adverso es atribuible a otra causa distinta a la transfusión.

Indicar el grado de severidad que presentó al paciente:

Severidad

- No severo (G1: grado 1): El paciente puede haber requerido tratamiento farmacológico, pero la ausencia del mismo no habría determinado un daño permanente o alteración permanente de alguna función corporal.
- Severo (G2: grado 2): El paciente requirió hospitalización, o prolongación de la hospitalización debido al evento, y/o el evento adverso resultó en discapacidad o incapacidad persistente o significativa, o el evento adverso requirió intervención médica o quirúrgica para evitar un daño permanente o alteración permanente de una función corporal.
- Riesgo de vida (G3: grado 3): El paciente requirió intervención mayor debida a la transfusión para salvar su vida.
- Muerte (G4: grado 4): El paciente murió luego de una reacción adversa a la transfusión.

Diagnóstico final

Se deberá indicar el diagnóstico final, evaluando todas las características antes descritas.

Observaciones del caso

Indicar las observaciones adicionales del caso que ayuden a complementarlo.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.
- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea



MODALIDAD B) "SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN"

MES QUE SE INFORMA

Datos Generales

Fecha en la que se elabora el informe Mes y año que informa

Razón social o denominación del establecimiento RFC

Tipo de institución CLUES

Domicilio Colonia Entre que calles se encuentra el establecimiento

Delegación / Municipio Localidad Entidad federativa Código Postal

Longitud Latitud

Licencia sanitaria Modalidad Fecha de expedición Fecha de vigencia

Nombre completo del responsable sanitario Con título profesional de Con especialidad de

Teléfono Correo electrónico del responsable sanitario Correo electrónico institucional

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B - SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección A-Vigilancia Transfusional

Vigilancia transfusional		
Comité de Medicina Transfusional	Instalado	--Selecciona una opción-- SI NO NO APLICA- TRANSFUNDE MENOS DE 50 UNIDADES AL MES
	Funcionando	--Selecciona una opción-- SI NO NO APLICA
¿Ya subió previamente la minuta de la última sesión?		--Selecciona una opción-- SI NO
*En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles.		<input type="text" value="Selecciona un pdf"/> <input type="button" value="Buscar"/> <input type="button" value="Adjuntar archivo"/>
Archivos cargados		
Nombre del Archivo		Acciones
		<input type="button" value="Representación gráfica"/>



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección B - Requerimientos de Sangre y sus componentes

	Transfundidos	No pudieron ser transfundidos
1.- Número de pacientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.- Unidades transfundidas	<input type="text"/>	
3.- ¿Su servicio de sangre corresponde a un banco de Sangre?	--Selecciona una opción-- <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO	
4.- En caso de responder afirmativamente, indicar lo siguiente:	Número de unidades transfundidas Autólogas:	<input type="text"/>
	Número de unidades transfundidas Alogénicas:	<input type="text"/>
Observaciones (Indicar las causas del porque no pudieron ser transfundidos los pacientes)	<input type="text"/>	

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección C- Número de pruebas de inmunohematología que realiza en su establecimiento

Total de unidades transfundidas

Número de pruebas de inmunohematología que realiza en su establecimiento			
Pruebas de inmunohematología	¿Las realizan?	Número de pruebas realizadas	En caso de que no indicar el motivo
Grupo sanguíneo ABO	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RH (D)	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pruebas de compatibilidad	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rastreo de anticuerpos irregulares	--Selecciona una opción--	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Desglose de unidades que se les dio destino final								
Desglose de unidades que se les dio destino final	Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1 - Número de unidades con algún defecto de conservación (red fía) o transporte								
2 - Número de unidades rotas o contaminadas								
3 - Número de unidades con hemólisis o contaminadas con eritrocitos								
4 - Número de unidades que llegaron a término de su vigencia								
5 - Límite de espacio para conservación de unidades								
6 - Número de unidades que se les dio destino final por otras casusas (especifique)	Especifi							

Existencias al término del mes								
Existencias al término del mes	Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1 - Número de unidades existentes al término del mes								

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección E- Uso autólogo (Solo servicios de transfusión)

Total de unidades transfundidas		Unidades transfundidas Alogénicas (Sección D):		Unidades transfundidas Autólogos	
---------------------------------	--	--	--	----------------------------------	--

Existencias al inicio del mes que informa	Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1 - Número de unidades existentes al inicio del mes								
Ingresos y egresos de unidades para uso autólogo	Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetarias
1.- Número de unidades autólogas recibidas de un banco de sangre (privado/público)								
2.- Número de unidades autólogas suministradas a otro servicio de sangre (privado/público), a solicitud del donante autólogo								
3.- Número de unidades regresadas al banco de sangre								
4.- Número de unidades autólogas transfundidas								
5.- Número de unidades autólogas que dio destino final								
6.- Número de unidades existentes al término del mes que informa								

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Sección F.- Unidades recibidas por grupo sanguíneo, alogénicas y autólogas (sólo servicios de transfusión)

Alogénicas

Grupo sanguíneo	Sangre total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria
Alogénicas								
1.- A Rh Positivo								
2.- A Rh Negativo								
3.- B Rh Positivo								
4.- B Rh Negativo								
5.- AB Rh Positivo								
6.- AB Rh Negativo								
7.- O Rh Positivo								
8.- O Rh Negativo								
Total de grupos sanguíneos								

Autólogas

Grupo Sanguíneo	Sangre Total	Concentrado de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria
Autólogas								
1.- A Rh Positivo								
2.- A Rh Negativo								
3.- B Rh Positivo								
4.- B Rh Negativo								
5.- AB Rh Positivo								
6.- AB Rh Negativo								
7.- O Rh Positivo								
8.- O Rh Negativo								
Total de grupos sanguíneos								

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN
Sección G.- Desglose de unidades de sangre y componentes sanguíneos, uso
allogénico (sólo servicios de transfusión)

Desglose de unidades recibidas del sector público o privado

1.- Recibidas del sector público.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

2.- Recibida del sector privado.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

Número de unidades suministradas a otro servicio de sangre, a solicitud del donante autólogo

1.- Suministradas al sector público.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

2.- Suministradas al sector privado.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

Desglose de unidades regresadas al banco de sangre

1.- Regresadas al sector público.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

2.- Regresadas al sector privado.									
Nombre y CLUES.	Sangre Total	Concentrados de eritrocitos	Concentrado de plaquetas	Plasma fresco	Plasma desprovisto de factores Lábilés	Crioprecipitados	Aféresis de eritrocitos	Aféresis plaquetaria	Acciones
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Agregar"/>

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Sección H.- Desglose de unidades transfundidas por rango de edad y sexo. Uso alogénico y uso autólogo.

Total de unidades transfundidas:

1.- Uso alogénico

	<5		5-9		10-19		20-34		35-49		50-65		>65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Unidades transfundidas	<input type="text"/>															
Total															<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total alogénicos															<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.- Uso autólogo

	<5		5-9		10-19		20-34		35-49		50-65		>65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Unidades transfundidas	<input type="text"/>															
Total															<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total Autólogo															<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Sección I.- Desglose de unidades transfundidas por grupo sanguíneo. Uso Alogénico y uso Autólogo.

Unidades transfundidas:

1.- Uso alogénico

	A Rh +	A Rh -	B Rh +	B Rh-	AB Rh+	AB Rh-	O Rh +	O Rh-	Total
	Unidades transfundidas	<input type="text"/>							
Total alogénicos									<input type="text"/>

2.- Uso autólogo

	A Rh +	A Rh -	B Rh +	B Rh-	AB Rh+	AB Rh-	O Rh +	O Rh-	Total
	Unidades transfundidas	<input type="text"/>							
Total Autólogos									<input type="text"/>

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD B – SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en La página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Acepto

Lugar

Fecha

--	--

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD C - REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN

Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión

¿Presentó eventos en el mes?

¿Cuántos?

--Selecciona una opción--		+	
SI			
NO			

EVENTO 1 sin terminar
--

UNIDAD TRANSFUNDIDA

Número de unidad transfundida	Tipo de componente sanguíneo transfundido	Grupo ABO
	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
	Sangre total	A
	Concentrado de eritrocitos	B
	Concentrado de plaquetas	AB
	Plasma fresco	O
	Plasma desprovisto de factores lábiles	
	Crioprecipitados	
	Aféresis de eritrocitos	
	Aféresis plaquetaria	

Rh D	Volumen transfundido	Fecha de caducidad del componente
--Selecciona una opción--	mL	
Positivo (+)		
Negativo (-)		

Procedimiento especial:

Inactivado	Irradiado	Lavado
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
NO	NO	NO
SI	SI	SI

Leucodepletado	Reconstituido
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
NO	NO
SI	SI

PACIENTE

GRUPO ABO	RH D	Resultado de prueba cruzada
--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
A	Positivo (+)	Compatible
B	Negativo (-)	Incompatible
AB		
O		

Hematocrito	Hemoglobina	Plaquetas
%	g/dL	10 ⁹ /μL

TP	TTP A	INR
segundos	segundos	



DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha de egreso del banco de sangre

Hora de egreso del banco de sangre

--	--

Fecha de la Transfusión

--

Hora de inicio

Hora de finalización

Hora de suspensión (si procede)

--	--	--

SIGNOS VITALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN

	Tensión Arterial (mmHg)	Temperatura (°C)	Frecuencia Cardíaca (por min)	Frecuencia Respiratoria (por min)	Estado general
Antes	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Durante	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Después	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTÓ EL RECEPTOR COMO REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN EN CASO DE REQUERIR SELECCIONAR DOS O MAS OPCIONES DEL MISMO CAMPO, PULSE LA TECLA CTRL + CLIC DEL MOUSE BOTÓN IZQUIERDO.

A. Reacción transfusional hemolítica	B. Reacción transfusional no hemolítica	C. Otras reacciones transfusionales
--Seleccionar una opción--	--Seleccionar una opción--	--Seleccionar una opción--
1. Reacción Transfusional Hemolítica Aguda (RTHA) 2. Reacción Hemolítica Transfusional Tardía (RHTT) 3. Reacciones Serológicas de Aloimmunización 4.- Ninguna	1. Reacción transfusional febril no hemolítica 2. Reacciones alérgicas 3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión 4. Purpura postransfusional 5. Lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión 6. Disnea asociada a la transfusión (TAD) 7. Sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión 8. Reacción transfusional hipotensiva 9. Ninguna	1. Hemosiderosis 2. Hipercalemia (incremento de potasio) 3. Complicación no clasificable transfusional 4. Ninguna

¿Se interrumpió la transfusión?

Cantidad residual

--Selecciona una opción--		mL
NO		
SI		

Indique si se realizó las siguientes acciones inmediatas

Notificar al médico

Suministró medicamentos

¿Cuáles? (nombre genérico, dosis indicada)

--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	
NO	NO	
SI	SI	

Conclusión del caso

Error de identificación

Reacción adversa a la transfusión

Imputabilidad

--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--	--Selecciona una opción--
Hemocomponente	Aguda	Definitivo
Paciente	Tardía	Probable
NO		Posible
		Poco probable
		Excluido



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Severidad

--Selecciona una opción--

No severo (G1)

Severo (G2)

Riesgo de vida (G3)

Muerte (G4)

Diagnóstico final

Observaciones del Caso

Guardar

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD C – REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Acepto

Lugar

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



MODALIDAD B) "SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN"	
Informe Mensual de la Disposición de Sangre y Componentes Sanguíneos. CNTS-01-003-B	
Datos Generales	La información de los datos generales deberán enviarse previamente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, para su carga.
Modalidad de la Licencia Sanitaria	<ul style="list-style-type: none">• Servicio de transfusión

Para asegurar el reporte de reacciones adversas a la transfusión tanto de bancos de sangre que transfunden, como servicios de transfusión que realizan directamente las transfusiones, se conjuntó en la plataforma SANGRHE la Modalidad B y la Modalidad C, resultando en dos versiones de Formato B para su correcto llenado, es decir, Modalidad B para llenado de bancos de sangre que realizan transfusiones y Modalidad B para servicios de transfusión.

SECCIÓN A.- VIGILANCIA TRANSFUSIONAL.

Comité de Medicina Transfusional

Instalado: Responder "SI", únicamente si cuenta con acta de instalación, constitutiva y/o actualización del año en curso .

Funcionando: Responder "SI", únicamente si cuenta con minutas de sesión de dicho comité.

En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles

Deberá seleccionar el archivo PDF correspondiente a la minuta más reciente de su comité desde su equipo de cómputo, para adjuntarla con el informe del mes. Para envío de información de su comité deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Únicamente se recibirá información del año en curso.
- Para saber tiempo específico de entregas de actas, deberá revisar la versión más reciente de las Recomendaciones para la Conformación, Estructura y Funcionamiento del Comité de Medicina Transfusional en los Servicios de Salud, publicadas por este CNTS.
- La información del comité únicamente se recibe en formato PDF.
- La información del comité debe contener firmas autógrafas de los asistentes a las sesiones.
- La información de los archivos adjuntos debe ser legible.
- Deberá adjuntar un archivo PDF por tema (ejemplos de temas: calendario, instalación del comité, minuta de sesión, etc.)"



SECCIÓN B - REQUERIMIENTOS DE SANGRE Y SUS COMPONENTES.

1. Número de pacientes

Transfundidos: Anotar el número de pacientes que fueron transfundidos.

No pudieron ser transfundidos: Anotar el número de pacientes que no pudieron ser transfundidos (por causas propias del servicio de sangre) o no suministrados por insuficiencia de productos sanguíneos.

2. Unidades transfundidas

Registre el número de unidades transfundidas: sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos o aféresis plaquetaria durante el mes informado.

Nota: Las mezclas ("pooles") de componentes, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:

- Una sangre reconstituida, se registrará como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

3. ¿Su servicio de sangre corresponde a un banco de sangre?

Su respuesta deberá ser negativa, debido a que su servicio de sangre es un servicio de transfusión.

Nota: Los servicios de transfusión que responden negativamente a esta pregunta, únicamente llenarán las siguientes secciones: Datos generales, Sección A, Sección B, Sección C, Sección H, Sección I, Modalidad B final, Modalidad C Sección A y Modalidad C final.

4. En caso de responder afirmativamente, indicar lo siguiente:

Registrar el número de unidades transfundidas autólogas y alogénicas.

Observaciones

Registrar motivos

(Indicar las causas del porqué no pudieron ser transfundidos los pacientes)

SECCIÓN C - NÚMERO DE PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA QUE REALIZA EN SU ESTABLECIMIENTO.

Número de pruebas de Inmunohematología que realiza en su establecimiento.

Pruebas de inmunohematología



Grupo sanguíneo ABO.

RH (D).

Pruebas de compatibilidad.

Rastreo de anticuerpos irregulares.

Indicar si se realizan las pruebas, posteriormente escribir el número de pruebas que realizaron y, por último, en caso de no haber realizado todas las pruebas, se deberá indicar el motivo.

Nota: A todas las unidades transfundidas se les deberán realizar todas las pruebas de inmunohematología.

SECCIÓN D - USO ALOGÉNICO (SOLO SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN)

Total de unidades transfundidas:	Se muestra el total de unidades transfundidas registradas (autólogas + alogénicas).
Unidades transfundidas autólogas (Sección E):	Se muestra el total de unidades autólogas transfundidas.
Unidades transfundidas alogénicas:	Se muestra el total de unidades alogénicas transfundidas.

Existencia al inicio del mes

1. Número de unidades existentes al inicio de mes. Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias remanentes del mes anterior.

Ingresos y altas.

1. Número de unidades procedentes de establecimientos del sector público. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias para uso alogénico que recibió de establecimientos del sector público.

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección G – Desglose de unidades de sangre y componentes sanguíneos, uso alogénico (sólo servicios de transfusión) 1. Recibidas del sector público, y podrá realizar el registro de los establecimientos de los cuales recibió unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe

2. Número de unidades procedentes de establecimientos del sector privado. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias para uso alogénico que recibió de establecimientos del sector privado

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección G – Desglose de unidades de sangre y componentes sanguíneos, uso alogénico (sólo servicios de transfusión) 2. Recibidas del sector privado, y podrá realizar el registro de los establecimientos de los cuales recibió unidades de sangre o componentes sanguíneos



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe
3. Separación de unidades pediátricas. Indique si separó o no las unidades en fracciones pediátricas del concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias.
 4. Total de ingresos. Es el resultado de la suma de la columna correspondiente a los numerales 1 y 2 de ingresos y altas del número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias.
 5. Total de existencias e ingresos. Es el resultado de la suma de los numerales 1 de "Existencias al inicio del mes" y el numeral 4 de "Total de ingresos" de las unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias.

Egresos y bajas.

1. Número de unidades transfundidas. Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, que se transfundieron en la unidad hospitalaria donde se encuentra su servicio de transfusión, o bien, dentro de las instalaciones del servicio de transfusión. Al registrar esta sección deberá llenar la modalidad C "Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión".
2. Número de unidades suministradas al servicio de sangre. Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, que envió a otros establecimientos del sector público o privado. De haber suministrado mezclas ("pooles") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos:
 - Una sangre reconstituida, registre la como una unidad de concentrado de eritrocitos y una unidad de plasma;
 - Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.
 -

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección G – Desglose de unidades de sangre y componentes sanguíneos, uso alogénico (sólo servicios de transfusión) Número de unidades suministradas a otro servicio de sangre, a solicitud del donante autólogo 1. Suministradas al sector público, 2. Suministradas al sector privado y podrá realizar el registro de los establecimientos a los cuales suministró unidades de sangre o componentes



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe

3. Número de unidades regresadas al banco de sangre.
- Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que fueron devueltas al banco de sangre debido a que no fueron transfundidos por alguna causa

NOTA: Al dar click en el botón de capturar se redirecciona a la sección G – Desglose de unidades de sangre y componentes sanguíneos, uso alogénico (sólo servicios de transfusión) Desglose de unidades regresadas al banco de sangre 1. Regresadas al sector público, 2. Regresadas al sector privado y podrá realizar el registro de los establecimientos a los cuales regresó unidades de sangre o componentes sanguíneos especificando su CLUES y/o SUBCLUES si aplica. Debe asegurarse que los establecimientos cuentan con este código, de lo contrario no podrá completar el informe

4. Número de unidades que se les dio destino final.
- Es el total de unidades que se les dio destino final, este total debe corresponder al llenado del siguiente apartado “Desglose de unidades que se les dio destino final” para unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias.

Nota: El número total de unidades que se les dio destino final considerado en la sumatoria de egresos y bajas corresponde al número que ingrese en esta casilla, el apartado “Desglose de unidades que se les dio destino final” no genera impacto en la sumatoria de egresos y bajas..

5. Total egresos y bajas
- Es el resultado de la suma del punto 1 al 4 de “Egresos y bajas” de las unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que egresaron, se transfundieron y fueron dadas de baja.

Desglose de unidades que se les dio destino final.

1. Número de unidades con algún defecto de conservación (red fría) o transporte.
- Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final por causas como temperatura inadecuada durante la conservación o durante su traslado.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

2. Número de unidades rotas o contaminadas.

Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final por:

 - a. Rotura de la bolsa
 - b. Exceso de aire en la unidad;
 - c. Apertura del sistema, por ejemplo, unidades picadas con el equipo de transfusión;
 - d. Cambios en el aspecto físico o evidencia de contaminación bacteriana.
 - e. Etc.
3. Número de unidades con hemólisis o contaminadas con eritrocitos.

Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final en las que existe hemoglobina libre macroscópicamente aparente, o bien, eritrocitos macroscópicamente evidentes en unidades de plasma o de plaquetas.
4. Número de unidades que llegaron a término de su vigencia.

Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, que se hubiesen desechado por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles.
5. Límite de espacio para conservación de unidades.

Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que se les dio destino final por falta de espacio para la conservación de las unidades.
6. Número de unidades que se les dio destino final por otras causas (especifique)

Registre el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato.

Nota: La información especificada en este apartado debe corresponder con el número total reportado en número 4 de egresos y bajas.

Existencias al término del mes.

1. Número de unidades existentes al término del mes.

Es el resultado del total de unidades existentes de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias al término del mes que informa, se debe calcular de la siguiente forma:



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- (Total de existencias e ingresos) – (Total de egresos y bajas).

Nota: Las unidades existentes al término de un determinado mes, debe corresponder con las unidades existentes al inicio del mes inmediato siguiente.

SECCIÓN E – USO AUTÓLOGO (SOLO SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN)

Total de unidades transfundidas:	Se muestra el total de unidades transfundidas registradas (autólogas + alogénicas).
Unidades transfundidas alogénicas (Sección D):	Se muestra el total de unidades alogénicas transfundidas.
Unidades transfundidas autólogas:	Se muestra el total de unidades autólogas transfundidas.

Existencia al inicio del mes que informa.

1. Número de unidades existentes al inicio de mes. Anote el número de unidades para uso autólogo exclusivo de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias remanentes del mes anterior.

Ingresos y egresos de unidades para uso autólogo

1. Número de unidades autólogas recibidas de un banco de sangre (privado/público). Registre el número de unidades para uso autólogo exclusivo de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que fueron recibidas de un banco de sangre del sector privado o público.
2. Número de unidades autólogas suministradas al servicio de sangre (privado/público) a solicitud del donante autólogo. Registre el número de unidades para uso autólogo exclusivo de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que envió a otros establecimientos del sector público o privado.
3. Número de unidades regresadas al banco de sangre. Registre el número de unidades para uso autólogo exclusivo de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias que fueron devueltas al banco de sangre debido a que no fueron transfundidos para uso autólogo o por cualquier otra causa.
4. Número de unidades autólogas transfundidas. Registre el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias para uso autólogo que se transfundieron en el establecimiento de atención médica donde se encuentra su servicio de transfusión.



5. Número de unidades autólogas que dio destino final. Registre el número de unidades autólogas de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias desechadas por no haberse requerido para uso autólogo o por cualquier otra causa.
6. Número de unidades existentes al término del mes que informa. Es el resultado del total de unidades autólogas existentes de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias al término del mes que informa, se debe calcular de la siguiente forma:
- (Unidades existentes al inicio del mes) + (Unidades recibidas de un banco de sangre) - (Unidades suministradas al servicio de sangre) - (Unidades regresadas al banco de sangre) - (Unidades transfundidas) - (Unidades que dio destino final).

Nota: Las unidades existentes al término de un determinado mes, debe corresponder con las unidades existentes al inicio del mes inmediato siguiente.

SECCIÓN F.- UNIDADES RECIBIDAS POR GRUPO SANGUÍNEO, ALOGÉNICAS Y AUTÓLOGAS (SÓLO SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN).

Alogénicas.

Grupo sanguíneo

1. A Rh Positivo
2. A Rh Negativo
3. B Rh Positivo
4. B Rh Negativo
5. AB Rh Positivo
6. AB Rh Negativo
7. O Rh Positivo
8. O Rh Negativo

Escriba el número de unidades alogénicas recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias por grupo sanguíneo.

El total datos registrados debe corresponder al numeral 5 "Total de ingresos" de la sección D - Uso alogénico de cada componente sanguíneo registrado.

Autólogas.

Grupo sanguíneo

1. A Rh Positivo
2. A Rh Negativo
3. B Rh Positivo
4. B Rh Negativo
5. AB Rh Positivo
6. AB Rh Negativo
7. O Rh Positivo
8. O Rh Negativo

Escriba el número de unidades autólogas recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias por grupo sanguíneo.

El total datos registrados debe corresponder al numeral 1 "Número de unidades autólogas recibidas de un banco de sangre (privado/público)" de la sección E - Uso autólogo de cada componente sanguíneo registrado.



SECCIÓN G.- DESGLOSE DE UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS, USO ALOGÉNICO (SÓLO SERVICIO DE TRANSFUSIÓN)

Desglose de unidades recibidas del sector público o privado

1. Recibidas del sector público. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector público, y escriba el número de unidades alogénicas recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.
2. Recibidas del sector privado. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector privado, y escriba el número de unidades alogénicas recibidas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

Desglose de unidades suministradas al sector público o privado.

1. Suministradas al sector público. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector público, y escriba el número de unidades alogénicas suministradas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.
2. Suministradas al sector privado. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector privado, y escriba el número de unidades alogénicas suministradas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

Desglose de unidades regresadas al banco de sangre.

1. Regresadas al sector público. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector público, y escriba el número de unidades alogénicas regresadas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.
2. Regresadas al sector privado. Ingrese la información correspondiente al establecimiento del sector privado, y escriba el número de unidades alogénicas regresadas de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, aféresis de eritrocitos y aféresis plaquetarias, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

SECCIÓN H.- DESGLOSE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO. USO ALOGÉNICO Y USO AUTÓLOGO.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Anote la cantidad de componentes sanguíneos que se hayan transfundido en su establecimiento, desglosado por rango de edad y sexo en el mes reportado, respecto al uso alogénico y/o autólogo.

Unidades transfundidas de uso alogénico. de Registre las unidades empleadas para transfusión en uso alogénico desglosando por rango de edad y sexo.

Unidades transfundidas de uso autólogo. de Registre las unidades empleadas para transfusión en uso autólogo desglosando por rango de edad y sexo.

F: Femenino

M: Masculino.

SECCIÓN I.- DESGLOSE DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR GRUPO SANGUÍNEO. USO ALOGÉNICO Y USO AUTÓLOGO.

Anote la cantidad de componentes sanguíneos que se hayan transfundido en su establecimiento, desglosado por grupo sanguíneo (A Rh positivo, A Rh negativo, B Rh positivo, B Rh negativo, AB Rh positivo, AB Rh negativo, O Rh positivo, O Rh negativo) en el mes reportado, respecto al uso alogénico y/o autólogo.

Unidades transfundidas de uso alogénico. de Registre las unidades empleadas para transfusión en uso alogénico desglosando la cantidad por grupo sanguíneo ABO y Rh positivo o negativo.

Unidades transfundidas de uso autólogo. de Registre las unidades empleadas para transfusión en uso autólogo desglosando la cantidad por grupo sanguíneo ABO y Rh positivo o negativo.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.
- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

MODALIDAD C – REPORTE DE HEMOVIGILANCIA POR EVENTO DE TRANSFUSIÓN.

Reporte de hemovigilancia por evento de transfusión

¿Presentó eventos por mes?

Indique si presenta o no eventos de transfusión al mes.



¿Cuántos?

Indique la cantidad de eventos de transfusión presentados por mes y deberá llenar cada evento con los datos que se le solicitarán dando click en el número de evento.

EVENTO	
UNIDAD TRANSFUNDIDA	
Número de unidad transfundida	Anotar la clave alfanumérica de la unidad transfundida asignada previamente en su institución.
Tipo de componente sanguíneo transfundido	Indicar el componente sanguíneo transfundido al paciente: <ul style="list-style-type: none">a) Sangre totalb) Concentrado de eritrocitos.c) Concentrado de plaquetas.d) Plasma fresco.e) Plasma desprovisto de factores lábiles.f) Crioprecipitados.g) Aféresis de eritrocitos.h) Aféresis plaquetaria.
Grupo ABO	Indicar el grupo sanguíneo de la unidad transfundida: <ul style="list-style-type: none">a) Ab) Bc) ABd) O
RH D	Indicar si el factor RH de la unidad transfundida es: <ul style="list-style-type: none">a) Positivo (+)b) Negativo (-)
Volumen transfundido	Registrar el volumen transfundido en mililitros (mL).
Fecha de caducidad del componente	Registrar la fecha en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).
Procedimiento especial	Indicar el tipo de procedimiento realizado: <ul style="list-style-type: none">a) Inactivadob) Irradiadoc) Lavadod) Leucodepletadoe) Reconstituido
PACIENTE	
Grupo ABO	Indicar el grupo sanguíneo de la unidad transfundida: <ul style="list-style-type: none">a) Ab) Bc) ABd) O
RH D	Indicar si el factor RH de la unidad transfundida es: <ul style="list-style-type: none">a) Positivo (+)b) Negativo (-)
Resultado de prueba cruzada	Indicar si el resultado de la prueba cruzada es: <ul style="list-style-type: none">a) Compatible



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

	b) Incompatible
Hematocrito	Registrar los resultados en gramos sobre decilitro (g/dL).
Hemoglobina	Registrar los resultados en 10 a la tercera potencia sobre microlitros ($10^3/\mu\text{L}$)
.Plaquetas	Registrar los resultados del tiempo de protrombina en segundos.
TP	Registrar los resultados del tiempo de tromboplastina parcial activado en segundos.
TTP A	Registrar los resultados del índice internacional normalizado (INR)
INR	Indicar la fecha que egresó la unidad del banco de sangre en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).

DE LA TRANSFUSIÓN

Fecha de egreso del banco de sangre	Indicar la hora en que egresó la unidad del banco de sangre en formato de 24 horas.
Hora de egreso del banco de sangre	Indicar la fecha de caducidad del componente en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año).
Fecha de la transfusión	Indicar la fecha de transfusión en formato dd/mm/aaaa (día/mes/año). Considero pertinente bloquear que la fecha del inicio de la transfusión debe ser posterior a la de egreso del banco de sangre.
Hora de inicio	Indicar la hora de inicio de la transfusión en formato de 24 horas.
Hora de finalización	Indicar la hora de finalización de la transfusión en formato de 24 horas.
Hora de suspensión (si procede)	Indicar la hora de suspensión de la transfusión en formato de 24 horas (si procede).

SIGNOS VITALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA TRANSFUSIÓN.

Tensión Arterial (mmHg)	Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en milímetros de mercurio (mmHg) (Aclarar que el primer valor es la Presión Arterial Sistólica y el Segundo la Diastólica, así como poner un bloqueo que de la PAS debe ser mayor a la PAD)
Temperatura (°C)	Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en grados centígrados (°C)
Frecuencia Cardiaca (por min)	Indicar el valor vitales antes, durante y después de la transfusión en minutos (min)



Frecuencia Respiratoria (por min) Indicar el valor antes, durante y después de la transfusión en minutos (min)

Estado general Indicar el estado general del paciente antes, durante y después de la transfusión.

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ EL RECEPTOR COMO REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN

Indicar los tipos de reacciones adversas a la transfusión que se le presentaron al paciente (pueden ser indicadas más de una).

A. Reacción transfusional hemolítica:

Destrucción aumentada de los eritrocitos. Puede ser inmune o inmune; por el sitio de destrucción puede ser intra o extravascular y por el tiempo de aparición puede ser inmediata o tardía.

1. Reacción Transfusional Hemolítica Aguda (RTHA)
 - 1.1 Signos más frecuentes en este tipo de reacciones:
 - Fiebre
 - Escalofríos / temblor
 - Eritema facial
 - Dolor torácico
 - Dolor abdominal
 - Dolor en flancos o lumbar
 - Náusea / vómito
 - Diarrea
 - Hipotensión
 - Palidez
 - Ictericia
 - Oligoanuria
 - Sangrado difuso
 - Coluria
 - 1.2 Características comunes en pruebas de laboratorio:
 - Hemoglobinemia
 - Hemoglobinuria
 - Disminución de haptoglobina sérica
 - Hiperbilirrubinemia no conjugada (indirecta)
 - Incremento de la LDH y la AST
 - Disminución de los niveles de hemoglobina
2. Reacción Hemolítica Transfusional Tardía (RHTT)
3. Reacciones Serológicas de Aloinmunización
4. Ninguna

B. Reacción transfusional no hemolítica

1. Reacción transfusional febril no hemolítica: Incremento en la temperatura mayor a un grado centígrado, que se presenta durante la transfusión o en las primeras 24 horas posteriores sin otra causa que lo explique. Puede o no acompañarse de escalofrío.
2. Reacciones alérgicas: Resultan de hipersensibilidad a proteínas o sustancias alergénicas presentes en el plasma contenido en el componente transfundido, con una



gama de manifestaciones clínicas desde urticaria hasta reacciones de tipo anafiláctico.

- Erupción morbiliforme con prurito
- Urticaria
- Angioedema localizado
- Edema en labios, lengua y úvula
- Prurito periorbital, eritema y edema
- Edema conjuntival

3. Enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión: Reacción inmunológica mediada por los linfocitos presentes en el componente sanguíneo transfundido, que proliferan ante la incapacidad del receptor de rechazarlos y que mediante mecanismos diversos establecen un daño tisular de gravedad variable que puede frecuentemente conducir a la muerte.

4. Púrpura postransfusional: Trombocitopenia autolimitada que se desarrolla de cinco a diez días después de la transfusión de componentes sanguíneos (concentrados plaquetarios y concentrados eritrocitarios) en un paciente con historia previa de sensibilización por transfusión o embarazo.

5. Lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión (TRALI): Reacción transfusional inmediata usualmente dentro de las seis horas de la transfusión que se debe considerar cuando el receptor presenta insuficiencia respiratoria aguda y/o hallazgos en rayos X característicos de infiltrado pulmonar y edema pulmonar bilateral sin evidencia de falla cardíaca u otra causa de falla respiratoria.

6. Disnea asociada a la transfusión (TAD)

7. Sobrecarga circulatoria asociada a la transfusión (TACO): Falla cardíaca congestiva por transfusión en un corto periodo, que se presenta con mayor frecuencia en pacientes muy jóvenes o después de la sexta década de la vida y puede llegar a ser muy grave.

8. Reacción transfusional hipotensiva

9. Ninguna

1. Hemosiderosis: El término hemosiderosis transfusional (o sobrecarga de hierro) se utiliza para definir a la enfermedad la cual es causada por un exceso importante de hierro que se acumula de manera anómala en diferentes tejidos del organismo debido a la administración crónica de transfusiones sanguíneas.

2. Hipercalemia (incremento de potasio)

3. Complicación no clasificable transfusional

C. Otras reacciones transfusionales



4. Ninguna

¿Se interrumpió la transfusión? Indicar si se interrumpió o no la transfusión.

Cantidad residual Colocar la cantidad residual en mililitros (mL) .

Indique si se realizó las siguientes acciones inmediatas

Notificar al médico Indicar si notificó o no al médico responsable del paciente.

Suministró medicamentos Indicar si suministró o no medicamentos.

¿Cuáles? Indicar el tipo de medicamentos que fueron suministrados. (nombre genérico, así como dosis indicada) (incluye soluciones)

Conclusión del caso

Error de identificación Indicar si hubo un error de identificación en:
- Hemocomponente.
- Paciente.
- No hubo error.

Reacción adversa a la transfusión Indicar si la reacción adversa fue aguda o tardía. Definición de aguda y tardía. Se define como reacción adversa aguda aquella que ocurre en las primeras 24 horas posterior al inicio de la transfusión. Se considera reacción adversa tardía cuando los síntomas asociados aparecen después de las 24 horas.

Indicar la probabilidad de que una presunta causa detectada, sea la causa real de un evento adverso, después de haber completado la investigación del evento adverso de la transfusión:

- Definitivo: Cuando hay evidencia concluyente más allá de cualquier duda razonable respecto a que el evento adverso puede ser atribuido a la transfusión.
- Probable: Cuando la evidencia es clara en favor de atribuir el evento adverso a la transfusión.
- Posible: Cuando la evidencia es indeterminada para atribuir el evento adverso a la transfusión o a una causa alternativa.
- Poco probable: Cuando la evidencia es clara en atribuir el evento adverso a causas distintas a la transfusión.
- Excluido: Cuando hay evidencia concluyente más allá de cualquier duda razonable respecto a que el evento adverso es atribuible a otra causa distinta a la transfusión.

Severidad Indicar el grado de severidad que presentó al paciente:



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- No severo (G1: grado 1): El paciente puede haber requerido tratamiento farmacológico, pero la ausencia del mismo no habría determinado un daño permanente o alteración permanente de alguna función corporal.
- Severo (G2: grado 2): El paciente requirió hospitalización, o prolongación de la hospitalización debido al evento, y/o el evento adverso resultó en discapacidad o incapacidad persistente o significativa, o el evento adverso requirió intervención médica o quirúrgica para evitar un daño permanente o alteración permanente de una función corporal.
- Riesgo de vida (G3: grado 3): El paciente requirió intervención mayor debida a la transfusión para salvar su vida.
- Muerte (G4: grado 4): El paciente murió luego de una reacción adversa a la transfusión.

Diagnóstico final

Se deberá indicar el diagnóstico final, evaluando todas las características antes descritas.

Observaciones del caso

Indicar las observaciones adicionales del caso que ayuden a complementarlo.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad.

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.
- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MODALIDAD T) "CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES"

MES QUE SE INFORMA

Datos Generales

Fecha en la que se elabora el informe

Mes y año que informa

Razón social o denominación del establecimiento

RFC

Tipo de institución

CLUES

Domicilio

Colonia

Entre que calles se encuentra el establecimiento

Delegación / Municipio

Localidad

Entidad federativa

Código Postal

Longitud

Latitud

Licencia sanitaria

Modalidad

Fecha de expedición

Fecha de vigencia

Nombre completo del responsable sanitario

Con título profesional de

Con especialidad de

Teléfono

Correo electrónico del responsable sanitario

Correo electrónico institucional

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección A – Ingresos y Egresos

Vigilancia transfusional			
Comité o subcomité de trasplante de médula ósea y células troncales	Instalado	--Selecciona una opción--	
		SI	
		NO	
	Funcionando	NO APLICA	
		--Selecciona una opción--	
		SI	
¿Ya subió previamente la minuta de la última sesión?	NO		
	NO APLICA		
	--Selecciona una opción--		
*En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles.		Selecciona un pdf	Buscar
			Adjuntar archivo

Archivos cargados	
Nombre del Archivo	Acciones

Ingresos	Fuentes									
	Sangre Placentaria			Medula Ósea			Sangre Periférica			Otras fuentes
	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo
Existencias al inicio del mes										Autólogo
Colectas en sitio										Autólogo
Provistas de Origen Nacional										Autólogo
Provistas de Origen Internacional										Autólogo
Total de Ingresos en el mes										Autólogo
Observaciones	Especifique las observaciones									



Egresos	Fuentes									
	Sangre Placentaria			Medula Ósea			Sangre Periférica			Otras fuentes
	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo
Unidades infundidas										
Unidades desechadas (registrar en siguiente tabla)										
Unidades para investigación										
Egresos nacionales										
Egresos internacionales										
Total de egresos										
Existencias al término del mes										
Observaciones	Especifique las observaciones									

Unidades desechadas (causas de desechos)	Fuentes									
	Sangre Placentaria			Medula Ósea			Sangre Periférica			Otras fuentes
	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo	Alogénica Voluntaria	Alogénica Designada	Autólogo
Término de vigencia										
Volúmen insuficiente										
Baja celularidad										
Microbiología positiva										
Serología Reactiva										
Falta de espacio de preservación										
Unidad que no será utilizada										
Otras causas										
Observaciones	Especifique las observaciones									



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección B – Donación

Total de donadores efectivos en el mes reportado

Donantes de CPHS por sangre periférica

Donantes de CPHS por Médula ósea

Donantes de CPHS por sangre placentaria

Donantes de CPHS por otras fuentes

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Total de unidades analizadas en el mes reportado

Total de unidades sin analizar en el mes reportado

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Marcadores	Analizadas	No reactivo	Reactivo	Repetidamente reactivo	Confirmado	No analizadas
VDLR o su equivalente para el estudio de detección de Treponema Pallidum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Contra VIH 1-2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ags HB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Contra el Ag Core HB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Contra el VHC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Anti Toxoplasma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. contra el T. cruzi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Anti HTLV I-II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Contra el virus del herpes simple	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. Contra el virus Epstein Barr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ac. IgG e IgM contra Citomegalovirus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Especifique el marcador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección C – Reacciones adversas a la donación

Donación de CPH por aféresis de sangre periférica:

Embolismo aéreo:	
Hematoma:	
Inflamación/ infección del sitio:	
Lesión/ irritación del nervio:	
Otras lesiones vasculares:	
Punción arterial:	
Reacción vasovagal:	
Reacción alérgica local:	
Reacción anafiláctica:	
Toxicidad por citrato:	
Otros (especificar):	Especificar

Donación de CPH con fuente de médula ósea:

Complicaciones asociadas a la anestesia:	
Hematomas:	
Infección local en sitios de punción:	
Otros (especificar):	Especificar

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección D – Uso Terapéutico

Total de pacientes (trasplantados) en el mes reportado

Total de unidades trasplantadas en el mes reportado

No.	Fecha de trasplante	Sexo del paciente	Edad del paciente		Tipo de trasplante	Subtipo (solo alogénicos)	Diagnóstico del paciente	Motivo del trasplante	Fuente de obtención	Acción
			años	meses						
#	dd/mm/aaaa	<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO			<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> AUTÓLOGO <input type="checkbox"/> ALOGÉNICO	<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> ALOGÉNICO <input type="checkbox"/> SINGÉNICO <input type="checkbox"/> HAPLOIDÉN TICO <input type="checkbox"/> NO APLICA	<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> ANEMIA APLÁSICA <input type="checkbox"/> ANEMIA DE FANCONI <input type="checkbox"/> LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA <input type="checkbox"/> LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA <input type="checkbox"/> LEUCEMIA GRANULOCÍTICA CRÓNICA <input type="checkbox"/> LINFOMA HODGKIN <input type="checkbox"/> LINFOMA NO HODGKIN <input type="checkbox"/> NEUROBLASTOMA <input type="checkbox"/> SARCOMA DE EWING <input type="checkbox"/> TUMOR (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> INMUNODEFICIENCIAS (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> EICH <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> REGENERACIÓN DE LA HEMATOPOYESIS <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> Selecciona una opción <input type="checkbox"/> SANGRE PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MÉDULA ÓSEA <input type="checkbox"/> SANGRE PLACENTARIA <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)	+

Representación gráfica



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección E – Reacciones adversas a la infusión

Reacciones adversas a la infusión	
Alteraciones del olor:	
Arritmia:	
Bradicardia:	
Cefalea:	
Crisis convulsiva:	
Dolor abdominal:	
Fiebre:	
Hemólisis:	
Hipertensión arterial:	
Hipotensión arterial:	
Hipoxia/disnea:	
Insuficiencia renal:	
Muerte:	
Náusea/vómito:	
Reacción alérgica:	
Otros (especificar):	Especificar

Representación gráfica



MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

Sección F – Uso de Células Troncales y Hematopoyéticas para Investigación

Uso de Células Troncales y Hematopoyéticas para Investigación

Nombre del protocolo de investigación	Número de registro (COFEPRIS)	Institución receptora	Descripción del proyecto	Quitar
Nombre del protocolo	Número de Registro	Institución receptora	Descripción del proyecto	<input type="button" value="Agregar"/>

Representación gráfica

MES QUE SE INFORMA

MODALIDAD T – CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES

**Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión
Sanguínea, bajo protesta de decir la verdad.**

Observaciones y aclaraciones.

La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.

La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.

He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Acepto

Lugar

Fecha

--	--

Representación gráfica



MODALIDAD T) “CÉLULAS PROGENITORAS O TRONCALES”	
Informe Mensual de la Disposición de Células Progenitoras o Troncales. CNTS-01-002-T	
Datos Generales	La información de los datos generales deberán enviarse previamente al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, para su carga.
Modalidad de la Licencia Sanitaria	<ul style="list-style-type: none">- Centro de Colecta de Células Progenitoras o Troncales.- Banco de Células Progenitoras o Troncales.- Trasplante de Células Progenitoras o Troncales.- Medicina Regenerativa <p>Nota: El establecimiento deberá llenar las diferentes secciones de este informe, dependiendo de la o las licencias con las que cuente y también tomando en cuenta la SUBCLUES dada de alta con cada licencia sanitaria</p>

SECCIÓN A.- VIGILANCIA TRANSFUSIONAL.	
Comité o subcomité de trasplantes de médula ósea y celulas troncales En caso de haber respondido de forma negativa, deberá adjuntar en formato PDF, legible y con firmas autógrafas de los asistentes, la información de la última sesión del comité, no olvide consultar el instructivo para más detalles	<p>Instalado: Responder “SI”, únicamente si cuenta con acta de instalación, constitutiva y/o actualización del año en curso.</p> <p>Funcionando: Responder “SI”, únicamente si cuenta con minutas de sesión de dicho comité.</p> <p>Deberá seleccionar el archivo PDF correspondiente a la minuta más reciente de su comité desde su equipo de cómputo, para adjuntarla con el informe del mes. Para envío de información de su comité deberá tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Únicamente se recibirá información del año en curso.• Para saber tiempo específico de entregas de actas, deberá revisar la versión más reciente de las Recomendaciones para la Conformación, Estructura y Funcionamiento del Comité de Medicina Transfusional en los Servicios de Salud, publicadas por este CNTS.• La información del comité únicamente se recibe en formato PDF.• La información del comité debe contener firmas autógrafas de los asistentes a las sesiones.• La información de los archivos adjuntos debe ser legible.• Deberá adjuntar un archivo PDF por tema (ejemplos de temas: calendario, instalación del comité, minuta de sesión, etc.)” <p>Al adjuntar el documento de manera correcta, aparecerá en la parte de abajo.</p>

INGRESOS Y EGRESOS

Nota: Esta sección deberá ser llenada sólo por los establecimientos que tengan licencia sanitaria de:



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- Centro de colecta de células progenitoras o troncales.
- Banco de células progenitoras o troncales.

Tipo de fuentes.

- Sangre placentaria
- Médula ósea
- Sangre Periférica
- Otras fuentes (pulpa, dental, piel, tejido adiposo, etc.)

Tipo de donación de cada fuente.

- Autóloga: Donantes que proporcionan sus células progenitoras o troncales para uso exclusivo en sí mismo, cuando se anticipa el requerimiento de trasplante y se desarrolla un plan de donación.
- Alogénica voluntaria: Donantes que proporcionan sus células progenitoras o troncales para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivadas únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad y sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
- Alogénica designada: Donantes en los que existe una clara indicación médica para el uso de sus células progenitoras o troncales en un paciente determinado.

Ingresos

En este apartado, todos los rubros deben representar el número de unidades, no de donantes.

Existencias al inicio del mes	Registre el número de unidades remanentes que tenga almacenadas al inicio del mes informado. La suma de las unidades en cada rubro, será el total de las unidades existentes al inicio del mes.
Colectadas en sitio	Registre el número de unidades colectadas durante el mes informado, dependiendo del tipo de fuente y de donante. Se incluyen las realizadas por aféresis de sangre movilizada o por punción de médula ósea.
Provistas de origen nacional	Registre el número de unidades provenientes de otro(s) establecimientos nacionales, registrados ante el CNTS y que cuenten con los requisitos mínimos normativos (Licencia sanitaria vigente y alta de responsable sanitario)
Provistas de origen internacional	Registre el número de unidades provenientes de establecimientos internacionales. Indicar en el apartado de observaciones, el origen de las



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

células proveídas de origen internacional, así como fecha de ingreso al país.

Total de ingresos en el mes

Se registra la sumatoria de cada columna.

NOTA: se cuenta con el apartado de observaciones, para dejar a detalle cualquiera de los rubros ya llenados anteriormente.

Egresos

Unidades infundidas

Registre total de unidades usadas con fines terapéuticos en el mes informado, segregadas por el tipo fuente y de donador del que fueron dispuestas.

Unidades desechadas (registrar en siguiente tabla)

Registre total de unidades desechadas del mes informado, sin importar la causa de desecho.

Unidades para investigación

Registre total de unidades designadas para fines de investigación, en el mes informado. Anotar en el apartado de observaciones el nombre y el número de registro del protocolo de investigación.

Egresos nacionales

Registre el total de unidades enviadas a establecimientos nacionales en el mes informado.

Egresos internacionales

Registre el total de unidades enviadas a establecimientos internacionales en el mes informado. Indicar en el apartado de observaciones, el destino de las células enviadas a destinos internacionales, así como fecha de egreso del país y la autorización por parte de la COFEPRIS.

Total de egresos

Se registra la sumatoria de cada columna.

Existencias al término del mes

Resultado de la resta del total de ingresos menos el total de egresos de cada columna del mes informado.

NOTA: se cuenta con el apartado de observaciones, para dejar a detalle cualquiera de los rubros llenados anteriormente.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Unidades Desechadas (Causas de desecho)

Registrar las causas de desecho presentadas en el mes informado, dependiendo del tipo de donante y fuente de las que fueron obtenidas. La sumatoria de las columnas será igual a los números descritos en la fila de unidades desechadas en el apartado de egresos.

Término de vigencia	Se entiende cuando la unidad de células no se considera apta para su uso terapéutico, por el tiempo de almacenamiento, dependiendo del tipo de conservación.
Volumen insuficiente	Se entiende cuando la unidad de células troncales o hematopoyéticas no tiene el volumen suficiente para ser usada con fines terapéuticos, que será definido por el comité o subcomité de trasplante
Baja celularidad	Se entiende cuando la celularidad o viabilidad celular es por debajo de lo esperado, haciéndola no viable para su uso terapéutico.
Microbiología positiva	Se entiende por la unidad con cultivos bacteriológicos positivos. Es del comité o subcomité de trasplante valorar riesgo beneficio de su uso terapéutico.
Serología reactiva	Se entiende por la unidad con serología reactiva para agentes tamizados. En caso de ser donante alogénico, su destino final es obligatorio. En caso de ser donante autólogo, es del comité o subcomité evaluar riesgo-beneficio de su uso terapéutico.
Falta de espacio de preservación	Se entiende por la unidad que se le da destino final por falta de espacio de conservación. Es decisión del comité o subcomité evaluar las unidades a desechar por esta causa.
Unidad que no será utilizada	Se entiende por la unidad que no será utilizada con fines terapéuticos por cualquier causa, incluyendo fallecimiento, curación o progresión de la enfermedad del paciente.
Otras causas	Registre el número de unidades a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato, indicar estas razones en el apartado de observaciones.

NOTA: se cuenta con el apartado de observaciones, para dejar a detalle cualquiera de los rubros llenados anteriormente.

SECCIÓN B.- DONACIÓN

Nota: Esta sección deberá ser llenada sólo por los establecimientos que tengan licencia sanitaria de:



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- Centro de colecta de células progenitoras o troncales.

Total, de donadores efectivos en el mes reportado	Se refiere a la cantidad total de donadores de células troncales y hematopoyéticas en el mes.
Donantes de CPHS por sangre periférica	Número de donantes totales de células troncales obtenidos por sangre periférica movilizada. Nota: La sumatoria de los donantes de CPHS por sangre periférica, médula ósea, sangre placentaria y por otras fuentes en el mes reportado debe ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.
Donantes de CPHS por médula ósea	Número de donantes totales de células troncales obtenidos por aspirados de médula ósea. Nota: La sumatoria de los donantes de CPHS por sangre periférica, médula ósea, sangre placentaria y por otras fuentes en el mes reportado debe ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.
Donantes de CPHS por sangre placentaria	Número de donantes totales de células troncales obtenidos por donación de sangre placentaria. Nota: La sumatoria de los donantes de CPHS por sangre periférica, médula ósea, sangre placentaria y por otras fuentes en el mes reportado debe ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.
Donantes de CPHS por otras fuentes	Número de donantes totales de células troncales obtenidos por donación de otras fuentes. Nota: La sumatoria de los donantes de CPHS por sangre periférica, médula ósea, sangre placentaria y por otras fuentes en el mes reportado debe ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.
Total de unidades analizadas en el mes reportado:	Registrar el número de unidades analizadas en el mes reportado. Nota: La sumatoria del total de unidades analizadas y sin analizar en el mes reportado debe ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.
Total de unidades sin analizar en el mes reportado:	Registrar el número de unidades sin analizar en el mes reportado. Nota: La sumatoria del total de unidades analizadas y sin analizar en el mes reportado debe

ser igual al total de donadores efectivos en el mes reportado.

Marcadores

Este apartado contempla las muestras de toda unidad colectada, incluyendo las desechadas por autoexclusión, volúmenes insuficientes, etc. E independientemente del intervalo entre donaciones, deberán ser analizadas para la investigación de agentes infecciosos transmisibles por transfusión.

No incluya los casos estudiados por motivos distintos, por ejemplo, a quienes se investiga su condición serológica con fines de diagnóstico o de investigación, o los estudios realizados como parte de las valoraciones previas a la donación de las células troncales.

Registrar todas las unidades analizadas en el mes reportado por cada marcador serológico siguiente:

- VDRL o su equivalente para el estudio de detección de Treponema Pallidum.
- Anticuerpos (Ac.) contra VIH 1-2
- Antígenos (Ags) Hepatitis B
- Anticuerpos (Ac.) contra el Antígeno (Ag.) Core Hepatitis B
- Anticuerpos (Ac.) contra el VHC
- Anticuerpos (Ac.) Anti Toxoplasma
- Anticuerpos (Ac.) contra el T. cruzi
- Anticuerpos (Ac.) Anti HTLV I-II
- Anticuerpos (Ac.) contra el virus del herpes simple
- Anticuerpos (Ac.) contra el virus Epstein Barr
- Anticuerpos (Ac.) IgG e IgM contra Citomegalovirus
- Otros

- Analizadas

Registrar el número de unidades analizadas en el mes reportado en cada marcador serológico, esta debe ser igual o menor al **“Total de unidades analizadas en el mes reportado”**.

- No reactivo

Se entiende por la unidad que resulta no reactiva a un marcador específico al realizar las pruebas de tamizaje.

Nota: El número de no reactivos no puede ser mayor al número de unidades **“Analizadas”**.

- Reactivo.

Se entiende por la unidad con serología reactiva para un marcador específico.

Nota: El número de reactivos no puede ser mayor al número de unidades **“Analizadas”**.

- Repetidamente reactivo.

Se entiende por la unidad con serología reactiva para un marcador específico, que vuelve a resultar reactivo al realizar una segunda muestra al disponente.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Nota: El número de repetidamente reactivos no pueden ser mayor que los **“Reactivos”**.

- Confirmados.

Se entiende por la unidad obtenida de un donante, que posteriormente de resultar reactiva / repetidamente reactiva, es positiva a una prueba confirmatoria del marcador serológico.

Nota: No anote como confirmados a las unidades a las cuales no se realizó la prueba confirmatoria o suplementaria.

- No analizados.

Se entiende por la unidad obtenida de un donante, a la cual no se le realizó el análisis del marcador serológico correspondiente, por diferentes causas inherentes al establecimiento.

Nota: Para registrar el dato, se deberá restar el **“Total de unidades analizadas en el mes reportado”** menos las **“Analizadas”** de la sección de marcadores.

SECCIÓN C.- REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN

Nota: Esta sección deberá ser llenada sólo por los establecimientos que tengan licencia sanitaria de:

- Centro de colecta de células progenitoras o troncales.

Registre el total del mes de reacciones adversas presentes en la donación de CPH por aféresis de sangre periférica, o médula ósea que indica la tabla de acuerdo a lo siguiente:

Donación de CPH por aféresis de sangre periférica

Embolismo aéreo:

Registre el número de donantes totales del mes en los que ocurrió una oclusión o bloqueo de un vaso sanguíneo de menor diámetro al del émbolo o coágulo originado en el sitio de la venopunción. Se manifiesta por disestesia (hormigueo o adormecimiento), dolor en el área afectada, palidez y frialdad de la piel. Los émbolos son trombos que han viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclavan.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Hematoma:	Registre el número de donantes que presentaron extravasación de sangre manifestado por aumento de volumen, dolor y cambios de coloración en el sitio de la venopunción. Nota: No registre los casos en que se presentó equimosis, la cual se observa con mayor frecuencia.
Inflamación/infección del sitio:	Registre el número de donantes que presentaron datos de infección como son (eritema, dolor, aumento de volumen, sensación de calor o supuración) en cualquiera de los sitios de las punción.
Lesión/irritación del nervio :	Registre el número de donantes en los cuales la punción ocasionó un daño en la cubierta o parte central de un nervio del antebrazo, que impide o retrasa el envío de las señales nerviosas. Ocurren con poca frecuencia en los nervios radial o humeral, especialmente en punciones traumáticas o fallidas o efectuadas por personal de salud inexperto. Se puede manifestar por disestesias (hormigueo o adormecimiento), dolor en la piel a lo largo de la ruta del nervio o disminución de la sensibilidad, disminución de la capacidad para movilizar el brazo, debilidad o atrofia muscular, o pérdida de reflejos.
Otras lesiones vasculares:	En esta fila registre cualquier otro evento adverso o inesperado potencialmente imputable a otras lesiones vasculares.
Punción arterial.	Registre el número de donantes en que ocurrió este incidente, que se manifiesta con dolor, formación rápida de hematoma, palidez distal, pulso radial débil o ausencia del mismo.
Reacción vasovagal:	Registre el número de donantes que presentaron una reacción vasovagal manifestada por: debilidad, sudoración, mareo, palidez, piel fría, hipotensión y disminución de la frecuencia cardíaca. Estas reacciones pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación. Pueden ocasionarse al ver la sangre donada, por ver a otros donar o por nerviosismo individual o de un grupo de donantes.
Reacción alérgica local:	Las reacciones alérgicas se incluyen dentro de las reacciones transfusionales agudas que acontecen en el curso de la transfusión o dentro de las siguientes 4 horas. Se caracterizan por cursar con manifestaciones clínicas propias de una alergia o, incluso, de anafilaxia, aunque no



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

siempre queda probado que la reacción esté mediada por un mecanismo inmunológico.

Reacción anafiláctica:

Puede presentarse con hipotensión, obstrucción de vías aéreas superiores (edema laríngeo) o vías inferiores (broncoespasmo), sensación de muerte inminente, pérdida de la conciencia y choque. Debida a anticuerpos contra IgA, haptoglobinas, fracción C4 (antígenos Chido/Rodgers).

Toxicidad por citrato:

Registre el número de casos que, en la sesión de aféresis, presentaron síntomas por el paso del anticoagulante a la circulación, entre ellos se encuentran: parestesias peri bucal o facial y tetania.

Otros (especificar):

En esta fila registre cualquier otro evento adverso o inesperado potencialmente imputable a la donación.

Donación de CPH con fuente de médula ósea

Complicaciones asociadas a la anestesia:

Registre el número de eventos o reacciones adversas e inesperados imputables a la anestesia.

Hematomas:

Anote el número de casos en que se presentaron hematomas (no equimosis) aumento de volumen, dolor y cambios de coloración en el sitio de la venopunción, como resultados de las punciones medulares efectuadas durante el procedimiento de extracción.

Infección local en sitios de punción:

Registre el número de donantes que presentaron alguna infección en cualquiera de los sitios de las punciones medulares. (eritema, dolor, aumento de volumen, sensación de calor o supuración)

Otros (especificar):

Registre cualquier otro evento adverso o inesperado potencialmente imputable a la colecta de células troncales y progenitoras de la médula ósea.



SECCIÓN D.- USO TERAPEÚTICO

Nota: Esta sección deberá ser llenada sólo por los establecimientos que tengan licencia sanitaria de:

- Trasplante de células progenitoras o troncales.
- Medicina Regenerativa

Total de pacientes (trasplantados) en el mes reportado

El número registrado no debe ser consecutivo, debe reflejar los movimientos realizados en el mes reportado.

Total de unidades trasplantadas en el mes reportado

Registrar el número de unidades trasplantadas en el mes reportado.

1. Descripción de trasplantes

No. consecutivo	Registrar el número consecutivo correspondiente al mes reportado.
Fecha de trasplante	Registrar la fecha con el formato: DD/MM/AAAA.
Sexo del paciente	Registrar el sexo del paciente (masculino / femenino).
Edad del paciente	Registrar la edad a un dígito. En caso de ser menores de un año de edad, registrar el número de meses de vida del infante.
Tipo de trasplante	Indicar si el trasplante fue autólogo o alogénico.
Subtipo (solo alogénicos)	<p>Si el tipo de trasplante es alogénico, indicar si el subtipo es alogénico, singénico o haploidéntico.</p> <p>Si el tipo de transplante es autólogo se deberá seleccionar el subtipo "no aplica".</p>
Diagnóstico del paciente	<p>Elegir el diagnóstico del paciente de la siguiente lista o especificar en caso de que el diagnóstico sea diferente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Anemia aplásica- Anemia de Fanconi- Leucemia linfoblástica aguda- Leucemia mieloblástica aguda- Leucemia granulocítica crónica- Linfoma Hodgkin- Linfoma no Hodgkin- Neuroblastoma



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

- Sarcoma de Ewing
- Tumor (especificar)
- Inmunodeficiencias (especificar)
- EICH
- Otro (especificar)

Motivo del trasplante

Indicar si el motivo de trasplante es regeneración de la hematopoyesis u otro diferente y especificar.

Fuente de obtención

Elegir si la fuente de obtención es a través de médula ósea, sangre periférica, sangre placentaria y otra y especificar.

SECCIÓN E.- REACCIONES ADVERSAS A LA INFUSIÓN

Nota: Esta sección deberá ser llenada sólo por los establecimientos que tengan licencia sanitaria de:

- Trasplante de células progenitoras o troncales.

Reacciones adversas a la infusión

Registre el total de reacciones adversas presentes en la infusión de células progenitoras o troncales.

Alteraciones del dolor

Registre el número de pacientes que presentaron sensación desagradable o molesta de manera intermitente o continua; ya sea generalizada o en la zona de transfusión como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras.

Arritmia

Registre el número de pacientes que presentaron alteraciones de la frecuencia cardíaca (taquicardia o bradicardia) de manera irregular como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras.

Bradicardia

Registre el número de pacientes que presentaron datos de bradicardia (frecuencia cardíaca inferior a 50 latidos por minuto) como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Cefalea

Registre el número de pacientes que presentaron cefalea como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Crisis convulsiva

Registre el número de donantes que presentaron movimientos súbitos descontrolados del cuerpo y cambios en el comportamiento que se presentan por una actividad eléctrica anormal en el cerebro en ocasiones puede presentarse salida involuntaria de orina, heces o ambos.

Dolor abdominal

Registre el número de pacientes que presentaron malestar de forma intermitente o continua a nivel abdominal como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las mismas: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Fiebre

Anote el número de pacientes que presentaron elevación de la temperatura durante o después de la aplicación de células troncales y progenitoras, de más de 1 ° C respecto de la temperatura previa a la aplicación, sin que haya otra causa aparente, durante o después de la aplicación, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Hemólisis

Esta reacción puede pasar inadvertida, su origen puede ser mecánico, térmico u osmótico (excesivo tiempo de centrifugado de unidades, circulación extracorpórea, administración concomitante con la transfusión de soluciones hipotónicas o fármacos, calentamiento o presión excesiva aplicada a las unidades).

Hipertensión arterial

Indique el número de pacientes que presentaron datos de hipertensión (tensión sistólica superior o igual a 140 mm/Hg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg) como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras.

Hipotensión arterial

Indique el número de pacientes que presentaron datos de hipotensión (tensión arterial menor de 90 mm/Hg para la sistólica y menor a 60 mm/Hg para la diastólica) como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células progenitoras: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Hipoxia/disnea

Registre el número de pacientes que presentaron dificultad respiratoria como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

las células progenitoras: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Insuficiencia renal

Registre el número de pacientes que presentaron datos clínicos de insuficiencia renal como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras.

Muerte

Indique los casos en los que ocurrió muerte relacionada a la aplicación de células troncales y progenitoras.

Nausea/vómito

Anote el número de pacientes que presentaron náusea/vómito como resultado de la aplicación de células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

Reacción alérgica

Registre el número de pacientes que presentaron reacciones de hipersensibilidad inmediata, posterior a la aplicación de las células troncales y progenitoras, considerando la procedencia de las mismas: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos. Las reacciones pueden ser tipo urticaria simple (eritema local, ampollas y prurito), estornudos, sibilancias, ronquidos, estridor, angioedema, dolor torácico, disnea, hipotensión, taquicardia, arritmia, cólicos o diarrea, en ausencia de fiebre. Puede ser secundaria a los mismos factores causales de la urticaria o por anticuerpos contra la inmunoglobulina "A" en pacientes deficientes de esta inmunoglobulina.

Otros(especificar)

Anote el número de pacientes que presentaron cualquier otro evento o reacción imputable a la aplicación de la(s) unidad(es) de células progenitoras, según la fuente de obtención de las células: médula ósea, sangre circulante, sangre placentaria u otros tejidos.

SECCIÓN F.- USO DE CÉLULAS TRONCALES Y HEMATOPOYÉTICAS PARA INVESTIGACIÓN

Nota: Esta sección deberá ser llenada por los establecimientos con protocolo de investigación autorizado por COFEPRIS.

Uso de Células Troncales y Hematopoyéticas para Investigación

Nombre del protocolo de investigación

Nombre del documento que describe la propuesta de una investigación para la salud en seres humanos autorizado por la Comisión



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Uso de Células Troncales y Hematopoyéticas para Investigación

	Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
Número de registro (COFEPRIS)	Clave alfanumérica asignada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) al protocolo de investigación autorizado.
Institución receptora	Colocar la razón social de la institución donde se efectuará la investigación conforme a la Licencia sanitaria expedida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
Descripción del proyecto	Descripción de la propuesta de investigación para la salud en seres humanos.

Observaciones y aclaraciones.

Anote en el recuadro correspondiente cualquier aclaración o eventualidad que considere pertinente mencionar o desee expresar y no haya podido registrar en todas las secciones anteriores.

Validación de información enviada ante el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, bajo protesta de decir verdad

El responsable sanitario deberá revisar y aceptar los datos asentados en el formato, con su firma autógrafa o electrónica según aplique, conforme a la siguiente leyenda:

- La información presentada en este documento se basa en los datos contenidos en el libro de ingresos y egresos del servicio de sangre; con un corte de recopilación, captura y análisis de datos del primero al último día de cada mes del calendario.
- La información contenida en el presente informe, es remitida y capturada como obligación de los responsables sanitarios de los servicios de sangre. Se asume que los datos consignados son verídicos pues son informados bajo protesta de decir verdad y capturados de forma correcta, lo anterior sin perjuicio de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento y/o denuncie la presunta comisión de ilícitos penales.
- He leído y acepto que mis datos serán tratados conforme al aviso de privacidad que se encuentra en la página web del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.