

Nombre del Establecimiento: colocar el nombre oficial del establecimiento que remite la información.

Código: Coloque el código oficial del establecimiento.

Dependencia Administrativa: coloque una cruz en el tipo que corresponda (provincial, municipal o privado).

Partido: consigne el código y nombre del partido donde se halla ubicado el establecimiento.

Región Sanitaria: consigne la Región Sanitaria a la que pertenece la Institución.

Profesional a cargo del Servicio: Datos solicitados del profesional a cargo y matrícula. Es dable destacar, que la responsabilidad de los datos consignados es del Jefe de Servicio.

HEMODONACION

PROMOCIÓN DE LA HEMODONACIÓN

Se deberá consignar el número de las actividades destinadas a la Promoción de la Donación de sangre realizadas por el servicio en el mes que se informa, según sede de las actividades y discriminadas de acuerdo al tipo de acciones realizadas: Taller, Reunión, Charla, Capacitación, Distribución, Otros.

ATENCIÓN INTEGRAL DE DONANTES DE SANGRE según su origen:

en la posta: totalizar el número de donantes atendidos en el servicio discriminados los que ingresan como donantes de sangre total o los que son sometidos a procedimientos de aféresis.

en Colecta externa: totalizar el número de donantes que proceden de colectas externas. Cuando la colecta es realizada íntegramente por el servicio deberá ser informada por éste. Cuando la Colecta externa es realizada conjuntamente con un Centro Regional de Hemoterapia será consignada por éste último. Se informará el número de colectas externas realizadas durante el mes que se consigna. Asimismo las localidades. Una localidad por cada colecta.

ATENCIÓN INTEGRAL DE DONANTES DE SANGRE según el tipo:

Una vez considerado su origen, los donantes deben ser clasificados según el tipo, en donantes voluntarios y donantes de reposición. Donante voluntario: es aquel donante que decide libremente y realiza el acto de donar por *compromiso social* sin mediar otro tipo de exigencias. Donante de reposición: es aquel donante que realiza el acto de donar por una *obligación* laboral, familiar, normativa, etc. para cubrir necesidades transfusionales del sistema.

Donantes voluntarios de 1ra. vez: Llamamos donantes de primera vez a donantes nuevos o a aquellos que no registran donaciones dentro de los últimos 3 años a la fecha de la presente donación (esporádicos) o cuando no se pueda constatar fehacientemente los resultados de las donaciones anteriores (donaciones en otras jurisdicciones o institución).

Donantes voluntarios habituales: Son aquellos donantes voluntarios con 2 donaciones en dos años calendario o en los 24 últimos meses anteriores a la fecha de donación y cuando se pueda constatar fehacientemente los resultados de las donaciones anteriores. A su vez estos donantes pueden ser:

No relacionados: Donantes voluntarios habituales.

Relacionados: Donaciones de donantes voluntarios habituales que debido a su condición se requiere su colaboración.

Donantes de reposición de 1ra. vez: Donaciones de donantes nuevos.

Donantes esporádicos: Donantes de reposición no habituales.

DONANTES DIFERIDOS según su origen:

Consignar según corresponda en Donantes Diferidos del servicio o en las Colectas Externas de sangre.

DONANTES DIFERIDOS según su tipo: Consignar según corresponda utilizando la misma clasificación que en donantes atendidos.

Se consignarán los donantes diferidos de donaciones efectuadas en consultorio, extracción, autoexclusión, durante el mes analizado. Enunciamos algunos ejemplos que deben ser considerados descartes de consultorio de admisión: bajo peso, hemoglobinas o hematocritos patológicos, patologías transmisibles, ingestas de medicamentos, etc. De extracción: mala red venosa, escaso volumen, síndrome vasovagal. Autoexclusión: unidades separadas del circuito por formulario de autoexclusión. Deben observar en cada caso la clasificación de donantes.

DONANTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO MÉDICO DE DERIVACIÓN

Consignar el total mensual de donantes citados por causa de serología reactiva (incluyendo los autoexcluidos) y de éstos, el número que efectivamente concurren al servicio y fueron atendidos.

TRANSFUSIÓN

Interconsultas pretransfusionales.

Número de interconsultas que incluyen evaluación clínica pre-transfusional, evaluaciones directas e indirectas. Llamaremos evaluaciones pretransfusionales directas a las realizadas por indicación propia o por interconsulta, donde se realice examen clínico y de antecedentes con anterioridad a la indicación transfusional e indirectas a través de evaluación de antecedentes, historia clínica y solicitud de transfusión.

Transfusión de Hemocomponentes

Se consignarán en unidades de acuerdo al tipo de hemocomponentes transfundidos.

En la primera columna, deberán consignar en el casillero correspondiente el número de **Unidades recibidas** de cada hemocomponente desde un Centro Regional. En la segunda columna correspondiente a **Red de Servicios**: consignar el número de unidades que reciben NO de la institución que los centraliza sino de las otorgadas por otros servicios en la emergencia y otro ítem donde consignar lo cedido en iguales circunstancias. Se pretende representar el tráfico de unidades en la red de servicios.

A continuación en las columnas de **Transfusiones** en Adultos y Pediátricos se consignarán las unidades transfundidas en el mes.

Descartes: Deberán consignar el número de unidades descartadas según causas: unidades vencidas, abiertas y por otras causas.

UNIDADES DEVUELTAS AL CRH

Las Unidades de Transfusión deberán consignar el número de cada tipo de hemocomponente que es devuelto al Centro Regional que la centraliza.

N° DE RECEPTORES DE HEMOCOMPONENTES DE TRANSFUSIÓN HOMÓLOGA : Deberán consignar en el casillero correspondiente el número total de receptores Pediátricos y Adultos, transfundidos en el mes analizado.

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Se deberán consignar la recepción de productos desdeun Centro Regional de Hemoterapia de Albumina (expresada en gramos) , Gammaglobulina anti-D (expresadas en gramos), Gammaglobulina poliespecífica (expresada en gramos) , Factor VIII y Complejo Protrombínico (ambos expresados en unidades), del mismo modo se consignarán los adquiridos por el establecimiento.

N° de Hemoderivados Administrados o Transfundidos: En esta columna deberán ser consignados los hemoderivados que fueron efectivamente administrados, en la siguiente columna se informarán el n° de receptores para cada hemoderivado.

Reacciones adversas de la transfusión: Si han observado reacciones transfusionales en el mes analizado, clasifique las mismas en Hemolíticas y no Hemolíticas , consigne el número de cada una de ellas e informe el total.

INMUNOHEMATOLOGÍA EN RECEPTOR.

N° Total de Pruebas de compatibilidad: consigne el número total de pruebas de compatibilidad pretransfusionales realizadas en el mes analizado.

N° de Unidades compatibilizadas y no transfundidas: deben consignar el número de unidades que fueron compatibilizadas y no transfundidas

N° de Anticuerpos detectados:consigne solo el número de anticuerpos detectados positivos en receptores por técnica de DAI o similar.

Anticuerpos identificados: si no realizan identificación de anticuerpos coloque una cruz en NO. Si realizan identificación consigne el número de anticuerpos identificados en receptores, en el mes que está informando.

Si no realizan identificación, coloque una cruz en NO y en observaciones consignar el nombre de la institución a la que derivan las muestras.

RECEPTORES DE TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA: Autotransfusión, si no ha implementado en su servicio este Programa, coloque una cruz en NO. Si realizan procedimientos de transfusión autóloga consigne el número total de pacientes/donantes en el mes analizado, consigne el número total de extracciones (bolsas colectadas)y número de transfusiones efectuadas.

AFÉRESIS TERAPÉUTICA REALIZADA EN LA PROPIA UT: si no realizan en su servicio aféresis terapéutica coloque una cruz en NO. Si realizan procedimientos de aféresis terapéutica, consigne el número de leucoféresis, plaquetoféresis y/o plasmaféresis. En el Total de Pacientes: consignar el número total de pacientes sometidos a este procedimiento en el período analizado.

ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS EN OTROS PACIENTES O USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO: Se consignarán el n° de pacientes o usuarios del establecimiento que son sometidos a estas prácticas y que no son considerados receptores (como agrupamiento ABO – Rh: para carnet de conductor, viajes de estudiantes y otros estudios) y en la celda inferior el número de prácticas realizadas.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO:

Estudios de compatibilidad conyugal: recordamos que deben realizar agrupamientos ABO y Rh a la gestante y su pareja, investigación de anticuerpos irregulares a la gestante, el estudio de ambos debe ser contabilizado como una unidad, aún si no concurriera el padre. N° de estudios realizados: informe el número total de casos nuevos ingresados para estudiar en el Servicio de Hemoterapia; N° de anticuerpos detectados: consigne el número total de anticuerpos positivos detectados (DAI + y CD +) y en el casillero de abajo consigne el N° de anticuerpos Anti D identificados en los estudios de compatibilidad conyugal.

N° de otros anticuerpos identificados: se consignarán los diferentes al anti D.

Estudios de compatibilidad materno fetal:

Recordamos que es responsabilidad del servicio de Hemoterapia, realizar el estudio del 100 % de puerpéras y recién nacidos asistidos en la Institución. Consigne en el casillero correspondiente el número de puerpéras RH positivas, número de puerpéras RH negativas, número de recién nacidos estudiados, número de anticuerpos detectados, número de anticuerpos Anti D identificados por pruebas directas e indirectas en estudios de compatibilidad materno fetal y n° de otros anticuerpos identificados, en el mes informado.

En especificar consignar el/los anticuerpos identificados.

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL DIAGNOSTICADA

Consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal debida a anticuerpos anti Rh (D). En otros consigne el número total de enfermedad hemolítica perinatal producidas por anticuerpos que no correspondan a anticuerpos anti Rh (D)

Especificar el sistema al que corresponda el anticuerpo identificado.

IMNUNOPROFILAXIS ANTI RHO (D)

Coloque una cruz en el casillero correspondiente por NO si no realizan la inmunoprofilaxis. Si han realizado indicación de inmunoprofilaxis anti Rh0 (D), prenatal, postnatal o postaborto y otras, consignando en el casillero correspondiente al número total de indicaciones realizadas en el mes.

El número total de aplicaciones y número de controles realizados en cada modalidad (fecha de aplicación, dosis y seguimiento personalizado de la paciente debe figurar en su ficha de control).

N° DE PARTOS DEL ESTABLECIMIENTO: número de partos del mes.