

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL
INFORME MENSUAL DE LA DISPOSICIÓN DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS**

TRÁMITE: CNTS-01-003

**MODALIDADES: A) BANCOS DE SANGRE, B) SERVICIOS DE TRANSFUSION Y
C) DEL USO TERAPÉUTICO**

INSTRUCCIONES GENERALES APLICABLES A LAS TRES MODALIDADES.

Conserve este instructivo para el llenado de los formatos del Informe mensual de la disposición de sangre y componentes sanguíneos en adelante el "Informe". En caso de extravío, solicite una copia a los Centros Nacional o Estatales de la Transfusión Sanguínea de su entidad federativa u obtenga una copia en la dirección electrónica: <http://www.cnts.salud.gob.mx>

De conformidad con los apartados 18.1 y 18.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" los bancos de sangre, los servicios de transfusión y los establecimientos de atención médica que apliquen transfusiones, deberán enviar el "Informe" al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea o, en su caso, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea correspondiente, dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que se informa.

El o los formatos del "Informe" podrán ser entregados o enviados a las oficinas de servicio del trámite del Centro Nacional o, en su caso, de los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea, o bien podrá llenarse y enviarse vía Internet.

El formato correspondiente, adecuadamente llenado, deberá distribuirse de la manera siguiente:

- Original, para el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea;
- 1a. Copia, en su caso, para el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea;
- 2a. Copia, para que la conserve el establecimiento informante, para los fines que sean necesarios, y
- El informe vía Internet deberá imprimirse para fines de conservación y comprobación del cumplimiento del trámite.

En el formato, haga las anotaciones en los espacios correspondientes, sobre las líneas o dentro de las casillas. Escriba con tinta, con letra clara y de molde; emplee números arábigos y, donde se indica, anote las cantidades de unidades de sangre y componentes sanguíneos.

Utilice las siglas NA (no aplica) para indicar que el establecimiento no realiza determinada actividad o no obtiene el tipo de componente sanguíneo y 0 (cero), cuando en el mes informado no se realizó la actividad de que se trate o no dispuso o fraccionó determinados componentes sanguíneos.

En varias secciones encontrará casillas sombreadas, lo que indica que esa casilla no aplica en esa parte, por lo que no deberá llenarse.

Si el establecimiento no tuvo ingresos o egresos durante el mes que informa, ni existencia de unidades remanentes del período anterior, bastará con anotar "**SIN MOVIMIENTO**" en el margen superior del informe.

Las mezclas ("*pooles*") de componentes, 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 en el caso que procedan de distintos donantes;
- Una mezcla de crioprecipitados integrada por cinco unidades, se contarán como cinco unidades.

La sangre o componentes sanguíneos resultantes de procedimientos terapéuticos, tales como "sangrías terapéuticas" o aféresis citoreductivas o de recambio plasmático, que se hubiesen efectuado en su establecimiento, por no ser obtenidas para uso transfusional no deberán contabilizarse ni anotarse en los formatos del "Informe".

Todo establecimiento de atención médica que aplique transfusiones, incluyendo los bancos de sangre, deberá llenar la modalidad C del informe, ("**Del Uso Terapéutico**").

En las tablas de las tres modalidades del “Informe”, en las columnas que dice “Plasma desprovisto de factores lábiles”, agrupe los plasmas siguientes:

- El plasma desprovisto de crioprecipitado, y
- Unidades de plasma que perdieron la actividad de los factores lábiles de la coagulación por longevidad o por procesamiento, conservación o transporte inadecuados.

Para los fines de este trámite son aplicables las definiciones siguientes:

1. **Aféresis:** el procedimiento que tiene por objeto la separación de componentes de la sangre provenientes de un solo donante de sangre humana, mediante centrifugación directa o con máquinas de flujo continuo o discontinuo.
2. **Depósito Previo:** el acto de disposición para uso autólogo en el que anticipadamente a su empleo terapéutico, se acopia la sangre y sus componentes para uso terapéutico de la persona que los proporcionó.
3. **Disposición de sangre:** el conjunto de actividades relativas a la obtención, recolección, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de la sangre y componentes sanguíneos, con fines terapéuticos.
4. **Donante autólogo:** la persona que proporciona sangre para uso exclusivo en sí misma, cuando se anticipa el requerimiento transfusional y se desarrolla un plan de donación.
5. **Donante regular:** la persona que ha proporcionado sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en el mismo centro de colecta.
6. **Donante de repetición:** la persona que ha proporcionado sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en distintos centros de colecta.
7. **Donante voluntario y altruista:** persona que proporciona su sangre o componentes sanguíneos para uso terapéutico de quien lo requiera, sin la intención de beneficiar a una persona en particular, motivada únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio y sin que medie una solicitud específica por parte del personal de salud, familiares o amigos del paciente.
8. **Productos sanguíneos:** término genérico empleado para designar los diversos preparados de la sangre que tienen utilidad terapéutica, incluyen las unidades de sangre total, de sus componentes y mezclas de éstos.
9. **Unidad:** volumen de sangre o componente sanguíneo obtenido para uso terapéutico, de un solo donante, en una sesión de extracción, en una bolsa o recipiente que contenga una solución con propiedades anticoagulantes y conservadoras, adecuadas, suficientes, estériles y carente de pirógenos.

MODALIDAD A) “BANCOS DE SANGRE”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “INSTRUCCIONES GENERALES”, aplicables a las tres modalidades.

DATOS GENERALES.

Fecha en que se elabora el informe (DD/MM/AAAA):	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Razón Social o denominación del establecimiento del banco de sangre.	Nombre completo o razón social del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Banco de Sangre Santa Lucia, S.A. de C.V).
Calle y No. ext. e int.	Nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Entre que calles se encuentra el establecimiento.	Señalar entre que calles se encuentra ubicado.

Colonia.	Nombre completo de la colonia o su equivalente, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Delegación/ Municipio.	Nombre completo de la delegación política o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Localidad.	Localidad en donde se encuentra el domicilio del establecimiento.
Entidad federativa.	Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal.	Número completo del código postal que corresponda.
Correo(s) electrónico(s).	Anote el o los correos electrónicos del responsable sanitario.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Número de Licencia Sanitaria.	Anote el número completo de la Licencia Sanitaria del establecimiento.
Código Único del Establecimiento.	Código único del establecimiento, éste número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Pertenece a:	En el recuadro correspondiente marque con una "X" la opción que le sea aplicable (por ejemplo: SSA [X], IMSS [X], ISSSTE [X], PRIVADO [X] u otros (en caso que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, especifíquelo con el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

SECCION A.- USO ALOGÉNICO.

La Sección A se reserva exclusivamente para el registro de unidades colectadas para uso alogénico, **no incluya las unidades para uso autólogo.**

Donantes Alogénicos.

1. Donantes voluntarios y altruistas. Número de personas que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo propósito era proporcionar su sangre o componentes sanguíneos 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.
2. Donantes altruistas regulares. Número de personas que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo móvil para donar sangre o componentes sanguíneos era el mismo al que señala el numeral anterior y han proporcionado su sangre o cualquier componente sanguíneo en más de una ocasión en el lapso de los últimos dos años en el mismo centro de colecta.
3. Donantes altruistas de repetición. Número de personas que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva, cuyo móvil para donar sangre o componentes sanguíneos era el mismo al que señala el numeral 1 de esta sección y que han proporcionado su sangre o componentes sanguíneos en más de una ocasión en el lapso de dos años en distintos centros de colecta.
4. Donantes familiares o de reposición. Número de persona que fueron valoradas, aceptadas, excluidas temporalmente o de manera definitiva cuyo propósito era 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.
5. Donantes según género. Número de donantes efectivos separados de acuerdo al sexo femenino ó masculino.

- | | |
|-------------------------|--|
| 6. Donantes según edad. | Número de donantes efectivos de acuerdo al grupo etario conforme a los grupos de edad (en años), los cuales son: 18-24, 25-44 y 45-65. |
|-------------------------|--|

Existencias al inicio del mes que informa.

- | | |
|---|--|
| 1. 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 y Crioprecipitados, que tenga almacenadas al inicio del mes informado. ADEMÁS DEBERÁ EXPONER EL (LOS) MOTIVO (S) POR EL CUAL (ES) LOS TIENE ALMACENADAS UNIDADES DE SANGRE TOTAL AL INICIO DEL MES. |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| 1. Número de Unidades de sangre total colectadas. | Anote el número de unidades de sangre obtenidas en el banco, así como, las que se hubiesen obtenido, en su caso, en puestos de sangrado y en colectas externas. |
| 2. Número de Unidades colectadas por "aféresis". | Número de componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco), obtenidos mediante este método de extracción. Si fue doble colecta anote dos unidades. |
| 3. Número de Unidades procedentes del sector público. | Número de unidades de sangre o componentes sanguíneos estudiadas (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector público. |
| 4. Número de Unidades procedentes del sector privado. | Número de unidades de sangre o componentes sanguíneos estudiadas (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o de crioprecipitado), que recibió de otros establecimientos pertenecientes al sector privado. |
| 5. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento. | Número de unidades que obtuvo a partir de unidades de sangre total, tales como, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles. |
| 6. Número de Unidades de crioprecipitados obtenidas y plasma remanente. | Cantidad de unidades de crioprecipitados y de plasma remanente (carente del crioprecipitado) que hubiese preparado en su banco de sangre. El plasma remanente regístrelo en la columna que dice " <i>Plasma desprovisto de factores lábiles</i> ". |
| 7. Número de Unidades pediátricas preparadas. | Cantidad de unidades resultantes de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, para obtener volúmenes menores utilizables para uso pediátrico, sin contabilizar los volúmenes remanentes que no tengan utilidad terapéutica. |
| 8. Total de ingresos y altas. | Anote la sumatoria, de acuerdo a cada producto sanguíneo, resultante de los numerales 1 a 7. |
| 9. Total de existencias e ingresos | Anote la sumatoria, de acuerdo a cada componente sanguíneo, resultante de los numerales 1 de "Existencias al inicio del mes que informa" y 8 de "Total de ingresos y altas". |

Egresos y bajas.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades de sangre fraccionadas en componentes. | Número de unidades de sangre total que fraccionó para obtener componentes sanguíneos. |
| 2. Número de Unidades de plasma fresco empleadas para obtener crioprecipitados. | Número de unidades de plasma fresco que ocupó para preparar crioprecipitados. |

- | | |
|---|--|
| 3. 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, que se transfundieron en su banco de sangre o, en su caso, en la unidad hospitalaria donde se encuentra su banco |
| 4. Número de Unidades suministradas al sector público. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, que envió a otros establecimientos del sector público. De haber suministrado mezclas (“ <i>pooles</i> ”) de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> – 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. |
| 5. Número de Unidades suministradas al sector privado. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, que envió a otros establecimientos, del sector privado. De haber suministrado mezclas (“ <i>pooles</i> ”) de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> – 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, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados 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. | Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, 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 que se les dio destino final. | Número de unidades sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, desechadas por cualquier causa o que almacenó en serotecas. |
| 9. Número Total de unidades egresos y bajas. | Corresponde a la sumatoria de los productos sanguíneos egresados o dados de baja (numerales 1 al 8). |

Existencias al término del mes que informa.

- | | |
|--|--|
| 1. Unidades existentes al término del mes. | Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, Crioprecipitados, que tuviera almacenadas al finalizar el mes informado. Las cifras deberán ser la resultante de lo siguiente:
Existencias al inicio del mes + Total de ingresos o altas – Total de egresos o bajas.

ADEMÁS DEBERÁ EXPONER EL (LOS) MOTIVO (S) POR EL CUAL (ES) MANTIENE ALMACENADAS UNIDADES DE SANGRE TOTAL AL FINAL DEL MES.

NOTA: Las unidades existentes al término de un determinado mes, debe ser coincidente con las unidades existentes al inicio del mes siguiente. |
|--|--|

Desglose de unidades que dio destino final.

- | | |
|---|---|
| 1. Unidades desechadas por autoexclusión. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, que dio destino final por cualquiera de las causas siguientes:
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 al apartado 6.2 y 19.3.4.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"), 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, en las que no se concluyó la extracción derivado de problemas, como presentación de alguna reacción adversa, entre otros. |
| 3. Unidades reactivas a algún marcador de infección. | Anotar las unidades sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, que 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 B y C de la hepatitis, <i>Treponema pallidum</i> , <i>Trypanosoma cruzi</i> o cualquier otro agente investigado que represente un riesgo transfusional. |
| 4. Unidades que llegaron al término de su vigencia. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles, crioprecipitados, que dio destino final por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles. |
| 5. Unidades a las que 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, que dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato, por ejemplo el desecho de plasmas provenientes de donantes con alergia severa, concentrados de eritrocitos con resultado positivo en la prueba de Coombs directo, unidades con algún defecto en la obtención, con lipemia o aumento de bilirrubinas, con defecto de conservación o transporte, rotas o contaminadas, con hemólisis o contaminación con eritrocitos, etc. |

NOTA: La suma de cada columna de las filas 1 a 5 debe coincidir a las cifras registradas en la sección egresos y bajas en el numeral 8 que dice "Unidades que se les dio destino final".

SECCIÓN B.- USO AUTÓLOGO (DEPÓSITO PREVIO).

Donantes/receptores.

- | | |
|---|---|
| 1. Pacientes del hospital al que pertenece el banco, sometidos al procedimiento de depósito previo de sangre. | Número de pacientes atendidos en el establecimiento de atención médica, donde, en su caso, se encuentra 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 sometidos a depósito previo de sangre. | 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. | Número de unidades remanentes de sangre total, Concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles, que tenga almacenadas al inicio del mes informado. |
|---|--|

Ingresos y altas.

- | | |
|--|---|
| 1. Número de Unidades de sangre total colectadas. | Número de unidades para uso autólogo que obtuvo durante el mes que informa. |
| 2. Número de Unidades colectadas por aféresis. | Número de unidades de concentrado de eritrocitos o plaquetas colectados mediante métodos de aféresis para uso autólogo. Si hubo doble colecta anote dos unidades. |
| 3. Número de Unidades obtenidas por fraccionamiento de sangre total. | Número y tipo de componentes sanguíneos preparados (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles), obtenidos por fraccionamiento de las unidades de sangre total colectadas. |
| 4. Número Total de existencia e ingresos. | Corresponde a la sumatoria de los productos sanguíneos que se tenían en existencia al inicio del mes sumados a los anotados en el numeral 8 de "Ingresos y altas". |

Egresos y bajas.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades de sangre total fraccionadas. | Número de unidades de sangre colectadas para uso autólogo que sometió a fraccionamiento para obtener componentes sanguíneos. |
| 2. Número de Unidades transfundidas (uso autólogo). | Número de unidades de sangre o componentes preparados (concentradas de eritrocitos, concentradas de plaquetas, plasma fresco, o en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles), obtenidas mediante depósito previo, 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 (uso autólogo). | Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles que colectó, procesó y analizó en su banco de sangre y suministró a otra unidad hospitalaria para su uso en transfusión autóloga. |
| 4. Número de Unidades a las que se dio destino final. | Número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco o, en su caso, plasma desprovisto de factores lábiles desechadas por no haberse empleado en transfusión autóloga, por haberse detectado alguno(s) marcador(es) de infección o por cualquier otra causa. |

SECCION C.- EVENTOS O REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION.

Informar el número de donantes que presentaron algún evento adverso a la donación de sangre o de cualquier componente sanguíneo mediante aféresis, tanto en donantes alogénicos como autólogos. En su caso, los bancos de sangre deberán incluir las reacciones adversas reportadas por los puestos de sangrado que tuviesen y las observadas en colectas externas.

Indicar en el formato el número total de eventos o reacciones adversas, el número de donantes que presentaron secuelas y, en su caso, el número de muertes.

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Alergia al antiséptico. | Número de pacientes que presentaron una reacción manifestada por ardor, prurito, eritema, urticaria tras la aplicación del antiséptico. |
| 2. Reacciones vasovagales. | Número de donantes que presentaron síntomas y signos como: debilidad, sudoración, mareo, palidez, piel fría, hipotensión y disminución de la frecuencia cardiaca. Nota: 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. |
| 3. Síncope. | Número de donantes que presentaron síncope, el cual se manifiesta por: pérdida repentina del conocimiento y de la sensibilidad, debida a la suspensión súbita y momentánea de la actividad cardiaca. |

4. Náusea y/o vómito. Indique el número de donantes que presentaron náusea y/o vómito. **Nota:** Al igual que las reacciones vasovagales pueden ser causadas por factores psicológicos o por una respuesta neurofisiológica a la donación.
5. Convulsiones. Anote el número de donantes que presentaron crisis convulsiva. En estos casos puede presentarse, además, salida involuntaria de orina, heces o ambos.
6. Hematoma en el sitio de punción. Número de donantes que tuvieron extravasación de sangre, manifestado por aumento de volumen en el sitio de la venopunción. **Nota:** No registre los casos en que se presentó equimosis, la cual se observa con mayor frecuencia.
7. Sangrado tardío. Número de donantes en quienes después de una hemostasia inicial, presentan de nuevo sangrado en el sitio de la venopunción. Suele ocurrir después de que el donante se ha levantado del sillón de sangrado, por hacer esfuerzos con el brazo o simplemente con el movimiento de éstos durante la marcha.
8. Punción accidental de una arteria. Número de donantes en que ocurrió este incidente, que se manifiesta con dolor, formación rápida de hematoma, palidez distal, pulso radial débil o ausencia de mismo. Ocurre en raras ocasiones.
9. Flebitis. Número de donantes que presentan los síntomas siguientes, asociados a la venopunción:
- Enrojecimiento o inflamación de la piel a lo largo del trayecto venoso donde se efectuó la punción;
 - Calor en el tejido alrededor de la vena;
 - Sensibilidad o dolor a lo largo de la vena, que empeora cuando se aplica presión sobre la misma;
 - Endurecimiento de la vena (consistencia similar a la de un tendón)
10. Embolismo/Trombosis. Número de donantes en los que ocurrió la oclusión o bloqueo de un vaso sanguíneo de menor diámetro al del coágulo originado en el sitio de la venopunción. Se manifiesta con disestesia (hormigueo o adormecimiento), dolor en el área afectada, palidez, frialdad de la piel, edema y otras complicaciones.
11. Celulitis. Número de donantes que presentaron inflamación del tejido celular subcutáneo adyacente al sitio de la venopunción. Los síntomas suelen ser similares a los de una tromboflebitis, puede presentarse fiebre, lesiones o erupción en la piel que aparecen repentinamente y crecen con rapidez en las primeras 24 horas, la apariencia de la piel puede ser tensa, brillante y estriada.
12. Irritación o lesión directa del nervio. 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. Se puede manifestar por disestesias (hormigueo o adormecimiento), dolor en la piel a lo largo de la ruta del nervio, disminución de la sensibilidad, disminución de la capacidad para movilizar el brazo, debilidad, atrofia muscular o pérdida de reflejos.
13. Lesión del tendón. Número de donantes en los que se sospecha un daño del tendón por traumatismo directo provocado por la aguja de venopunción. Se presenta con dolor, sensibilidad e inflamación a lo largo del tendón afectado, generalmente es cercano a la articulación y empeora con el movimiento o la actividad. No se presenta equimosis o hematoma a menos que, además haya rotura de un vaso sanguíneo.
14. Dolor en el brazo. Número de donantes en los que ocurre dolor en el brazo donde se efectuó la venopunción y que persiste por más de una semana, en el que no se identifica con precisión otra causa, tales como: lesiones del paquete neurovascular, lesiones de tendones, infecciones u otras.

- | | |
|--|---|
| 15. En aféresis, síntomas de intoxicación por citrato. | Número de donantes sometidos a colectas por aféresis en los que pueden presentarse síntomas por el paso del anticoagulante a la circulación, entre ellos se encuentran: parestesias peribucales o faciales y tetania. |
| 16. Otros eventos adversos a la donación. | Número de casos en que se presentó cualquier otro incidente o efecto adverso, por ejemplo hipotensión arterial, angina de pecho u otros. |
| 17. Muerte | Número de muertes presentadas. |
| 18. Describa si algún evento adverso generó alguna secuela, especifique: | En este espacio o en escrito libre, indique el tipo de secuelas observadas atribuibles o a consecuencia de la donación. |

SECCIÓN D.- RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES TRANSMISIBLES.

Las muestras sanguíneas 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 estudiadas por motivos distintos a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, por ejemplo, estudio de pacientes en quienes se investiga su condición serológica con fines de diagnóstico o de investigación.

1. Donantes voluntarios y altruistas.	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de casos en que los resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, donantes positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las Filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>
2. Donantes regulares	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de casos en que los resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, donantes positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO</p>

	<p>anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las Filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>
<p>3. Donantes de repetición.</p>	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de casos en que los resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, donantes positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las Filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>
<p>4. Donantes familiares o de reposición.</p>	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de casos en que los resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, donantes positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados; <p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las Filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>
<p>5. Donantes autólogos (depósito previo).</p>	<p>De acuerdo al agente infeccioso detectado: virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2 (VIH 1 - 2), virus B de la hepatitis (VHB), virus C de la hepatitis (VHC), <i>Treponema pallidum (T. pallidum)</i> y <i>Trypanosoma cruzi (T. cruzi)</i>, anote en cada uno de los numerales señalados en la columna izquierda, el número de casos en que los resultados fueron negativos, reactivos, repetidamente reactivos, donantes positivos confirmados y el porcentaje de donantes en los que se realizó la prueba confirmatoria.</p> <p>Adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, observe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – No anote el número de pruebas efectuadas, sino el número de donantes estudiados;

	<p>Si al momento de elaborar el informe no se hubieran efectuado las pruebas confirmatorias o suplementarias, deje el espacio en blanco. Al momento de obtener los resultados de las pruebas confirmatorias o suplementarias notifíquelo, en el espacio de “OBSERVACIONES” del informe del mes en que se tenga el resultado, indicando la fecha en que se efectuó la extracción. NO anote como positivos los donantes a quienes no se hubiera realizado prueba confirmatoria o suplementaria.</p> <p>En las Filas que dicen “% de donantes confirmados”, registre el porcentaje del total de donantes que resultaron reactivos o repetidamente reactivos y que obtuvieron resultado positivo en la prueba confirmatoria.</p>
--	--

SECCION E.- RESULTADOS DE OTRAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES TRANSMISIBLES EN DONANTES ALOGÉNICOS.

Marcadores	<p>Entre otros, los motivos de realizar pruebas adicionales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causas atribuibles al donante: situación epidemiológica de la región geográfica dónde vive o procede, antecedentes personales o sus factores de riesgo para adquirir diversas infecciones; - Causas atribuibles al receptor: susceptibilidad a adquirir o desarrollar enfermedad, por ejemplo, enfermedad por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos ya sea por trastorno subyacente o por tratamientos mielo o inmunodepresores. <p>NO incluya los casos estudiados por motivos distintos a la disposición de sangre y sus componentes con fines transfusionales.</p>
------------	---

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. <i>Brucella sp.</i>
DENGUE | En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente a <i>Brucella spp.</i> |
| 2. AcHB core | En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente a anticuerpos contra el antígeno core de la hepatitis B. |
| 3. Virus del oeste del Nilo. | En la columna correspondiente, registre el número de donantes estudiados alogénicos, con resultado negativo, reactivo, repetidamente reactivo o confirmatoria/suplementaria y porcentaje (%) de confiabilidad al marcador correspondiente. |
| 4. Otros (especifique). | En fila que dice “otros” anote cualquier otro agente emergente o que no se hubiese considerado. |

SECCION F.- TIPO DE TÉCNICA Y MARCA EMPLEADA PARA LA DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES.

1. VIH 1 – 2 2. VHB 3. VHC 4. <i>Treponema pallidum</i> 5. <i>Trypanosoma. Cruzi</i>	Según el agente estudiado y de acuerdo a si se trata de pruebas de escrutinio o tamizaje, en su caso, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAT) o bien, confirmatoria o suplementaria, indicar el tipo de técnica empleada para las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, señalando la marca comercial del reactivo.
EN SU CASO, TIPO DE TÉCNICA Y MARCA COMERCIAL EMPLEADA PARA LA DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES.	
6. <i>Brucella sp.</i>	Según el agente estudiado y de acuerdo a si se trata de pruebas de escrutinio o tamizaje, o bien, confirmatoria o suplementaria,
7. Ac. HB core	

8. <i>Plasmodium</i>	indicar el tipo de técnica empleada para las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles, señalando la marca comercial del reactivo.
9. Virus del Oeste del Nilo	
10. Otros (especifique)	

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES SOBRE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO.

Este espacio se reserva para cualquier comentario que el informante desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas.

SECCION G.- COLECTAS DE SANGRE EN PUESTOS DE SANGRADO FIJOS Y COLECTAS EXTERNAS EFECTUADAS POR UN BANCO DE SANGRE.

COLECTAS DE SANGRE EN PUESTOS DE SANGRADO FIJOS.

En su caso, número de puestos de sangrado con los que cuenta el banco de sangre.

En su caso, indique el número de puestos de sangrado fijos que tenga el banco de sangre bajo su responsabilidad, de no tenerlos anotar las siglas NA (No aplica).

Nombre del puesto de sangrado, código y número de unidades de sangre.

Indique el o los nombres del puesto de sangrado fijos que tenga bajo su responsabilidad indicando su número de código y en la columna correspondiente, señale el número de unidades de sangre colectadas por cada puesto de sangrado durante el mes informado.

COLECTAS EXTERNAS.

Fecha, lugar donde se llevó a cabo la colecta y número de unidades de sangre

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

SECCION H.- CAUSAS DE DIFERIMIENTO DE DONANTES.

Determinación	
1. Peso bajo.	Anote el número de donantes diferidos de acuerdo al género: hombres, mujeres y total, especificando el motivo o causa del diferimiento.
2. Hemoglobina o hematocrito bajos.	
3. Comportamiento de riesgo.	
4. Afecciones médicas (especifique):	
5. Otros (especifique):	

SECCION I.- DESGLOSE DE INTERCAMBIO DE UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.

DESGLOSE DE UNIDADES RECIBIDAS DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

1. Recibidas del Sector público

Nombre y código del establecimiento

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

2. Recibidas del Sector privado

Nombre y código del establecimiento

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de

eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

DESGLOSE DE UNIDADES SUMINISTRADAS AL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

1. Suministradas al Sector público

Nombre y código del establecimiento

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

2. Suministradas al Sector privado

Nombre y código del establecimiento

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de unidades.

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES.

Este espacio se reserva para cualquier comentario que el informante desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del "Informe" anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. A falta del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre del responsable sanitario.

Finalmente, el aspirante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los datos de la solicitud, pueden o no darse a conocer, y si la información debe considerarse confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y anotar el nombre completo del interesado, sin abreviaturas, y su firma autógrafa.

MODALIDAD B) “SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “INSTRUCCIONES GENERALES”, aplicables a las tres modalidades.

DATOS GENERALES.

Fecha en que se elabora el informe (DD/MM/AAAA):	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año (MM/AAAA).
Razón Social o denominación del establecimiento que presta el servicio de transfusión.	Nombre completo o razón social del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Servicio de Transfusión del Hospital de San Jerónimo).
Calle y número exterior e interior.	Nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Entre que calles se encuentra el establecimiento.	Señalar entre que calles se encuentra ubicado el establecimiento.
Colonia.	Nombre completo de la colonia o su equivalente, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Delegación/ Municipio.	Nombre completo de la delegación política o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Localidad.	Localidad en donde se ubica el establecimiento.
Entidad Federativa.	Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal	Número completo del código postal que corresponda.
Correo(s) electrónico(s).	Anote el o los correos electrónicos, del responsable sanitario.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Número de Licencia Sanitaria.	En el recuadro correspondiente anote el Número completo de la licencia sanitaria del establecimiento.
Código único del establecimiento.	Código único del establecimiento, este número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Perteneciente a:	En el recuadro correspondiente marque con una “X” la opción que le sea aplicable (por ejemplo: SSA [X], IMSS [X], ISSSTE [X], PRIVADO [X] u otros (en caso que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, especifíquelo con el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

SECCION A.- PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA QUE REALIZA.

Grupo sanguíneo ABO y Rh (D); pruebas de compatibilidad y rastreo de anticuerpos irregulares.	Señale con una “X” en la casilla correspondiente, si realiza o no las pruebas de inmunohematología que se indican: Grupo sanguíneo ABO, Rh (D), pruebas de compatibilidad (pruebas cruzadas) y rastreo de anticuerpos irregulares.
---	--

De no realizar ninguna de las pruebas señaladas en el formato señálelo con las siglas NA.

SECCION B.- USO ALOGÉNICO.

Existencia al inicio del mes.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa. | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, remanentes del mes anterior. |
|---|---|

Ingresos y altas.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector público. | Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, para uso alogénico que recibió de otro establecimiento del sector público. |
| 2. Número de Unidades procedentes de establecimientos del sector privado. | Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, para uso alogénico que recibió de otro establecimiento del sector privado. |
| 3. Número de Unidades pediátricas preparadas. | Registre la cantidad de unidades resultantes de fraccionar componentes sanguíneos (concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco y plasma desprovisto de factores lábiles) para obtener volúmenes menores para uso en transfusión pediátrica. |
| 4. Total de ingresos. | Anote la sumatoria resultante de la columna correspondiente de los numerales 1, 2 y 3 de ingresos y altas. |
| 5. Total de existencias e ingresos | Anote la sumatoria, de acuerdo a cada componente sanguíneo, resultante de los numerales 1 de "Unidades al inicio del mes que informa" y 4 de "Total de ingresos y altas" |

Egresos y bajas.

- | | |
|--|---|
| 1. Número de Unidades transfundidas. | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se transfundieron en la unidad hospitalaria donde se encuentra su servicio de transfusión, o bien, dentro de las instalaciones del servicio de transfusión. Si el servicio de transfusión trasfunde en sus instalaciones deberá llenar, además, el formato de la "modalidad C DEL USO TERAPÉUTICO" . |
| 2. Número de Unidades suministradas a establecimientos del sector público. | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que envió a otros establecimientos del sector público. De haber suministrado mezclas (" <u>pooles</u> ") de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos: <ul style="list-style-type: none">- 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. |
| 3. Número de Unidades suministradas a | Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y |

establecimientos del sector privado.	crioprecipitados, que envió a otros establecimientos, del sector privado. De haber suministrado mezclas (“ <i>pooles</i> ”) de componentes sanguíneos, tales como las de plaquetas, crioprecipitados o sangre reconstituida, se contabilizan como unidades independientes, ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> – 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.
4. Número de Unidades que se les dio destino final.	Registre el número total de los diversos productos sanguíneos desechados o, en su caso, almacenados en serotecas.
5. Total de egresos y bajas.	Anote la sumatoria resultante por cada producto sanguíneo en la columna correspondiente (incluye la suma de los numerales 1 a 4 de “ <i>Egresos y bajas</i> ”).

Existencia al término del mes.

1. Número de Unidades existentes al término del mes que informa.	Registre el número de unidades de, concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que tiene almacenadas al término del mes que informa. Las cifras deberán ser la resultante de lo siguiente: Existencias al inició del mes + Total de ingresos y altas – 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.
--	---

Desglose de unidades que dio destino final.

1. Número de Unidades con algún defecto de conservación o transporte.	Anote el número de unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, desechados por causas como temperatura inadecuada durante la conservación o durante su traslado.
2. Número de Unidades rotas o contaminadas.	Anote el número de unidades, concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, desechadas por las causas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 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.
3. Número de Unidades con hemólisis o contaminadas con eritrocitos.	Anote las unidades de concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles plasmas, plaquetas 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 al término de su vigencia.	Anote el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, que se hubiesen desechado por haber llegado al último día en que se consideran viables o útiles.
5. Número Unidades que dio destino final por otras causas.	Registre el número de unidades concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, a las que se les dio destino final por cualquier otra razón no especificada en el formato.

NOTA: La suma de cada columna de productos sanguíneos desechados debe coincidir con las cifras registradas en la Sección B “Egresos y bajas”, en el numeral 4. Unidades que se les dio destino final.

SECCIÓN C.- USO AUTÓLOGO.

Existencia al inicio del mes que informa.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades existentes al inicio del mes que informa. | En las columnas correspondientes anote el número de unidades para uso autólogo, de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco, que tenga almacenadas al inicio del mes que informa. |
|---|---|

Ingresos y egresos de unidades para uso autólogo.

- | | |
|---|---|
| 1. Número de Unidades recibidas de un banco de sangre. | Señale el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco que hubiese recibido de un banco de sangre para uso autólogo exclusivo. |
| 2. Número de Unidades autólogas colectadas en su servicio de transfusión. | Señale el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco que hubiese procesado en su servicio de transfusión para uso autólogo exclusivo. |
| 3. Número de Unidades autólogas transfundidas. | Anote el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco para uso autólogo que se transfundieron en el establecimiento de atención médica donde se encuentra su servicio de transfusión. |
| 4. Número de Unidades autólogas que dio destino final. | Indique el número de unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas y plasma fresco desechadas por no haberse requerido para uso autólogo o por cualquier otra causa. |

SECCION D.- DESGLOSE DE INTERCAMBIOS DE UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.

DESGLOSE DE UNIDADES RECIBIDAS DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

1. Recibidas del Sector público.

Nombre y código del establecimiento.	Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.
--------------------------------------	---

2. Recibidas del Sector privado.

Nombre y código del establecimiento.	Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos privados de los que hubiera recibido unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas
--------------------------------------	--

DESGLOSE DE UNIDADES SUMINISTRADAS AL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

1. Suministradas al Sector público.

Nombre y código del establecimiento.	Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos públicos a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas
--------------------------------------	---

2. Suministradas al Sector privado.

Nombre y código del establecimiento.

Indique el nombre y número de código (los códigos los asigna el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea) de los establecimientos privados a los que suministro unidades de sangre total, concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles y crioprecipitados, señalando en la columna correspondiente la cantidad de éstas.

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES.

Este espacio se reserva para cualquier comentario que el informante desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del "Informe" anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. En ausencia del responsable, el encargado de realizar el informe lo firmará, sin omitir anotar el nombre del responsable sanitario.

Finalmente, el aspirante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los datos de la solicitud, pueden o no darse a conocer, y si la información debe considerarse confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y anotar el nombre completo del interesado, sin abreviaturas, y su firma autógrafa.

MODALIDAD C “DEL USO TERAPÉUTICO”

Para el llenado de esta modalidad del “Informe”, véanse las “INSTRUCCIONES GENERALES”, aplicables a las tres modalidades.

DATOS GENERALES.

Fecha en la que se elabora este informe.	Anote el día, mes y año en que elabora este informe, en números arábigos, con dos dígitos para el día (añada un “0” para los primeros nueve días del mes) y el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año
Mes y año que informa (MM/AAAA).	Anote el mes y año que está informando, en números arábigos con dos dígitos para el mes, seguido de una diagonal y cuatro dígitos para el año.
Giro del establecimiento	Especificar si se trata de un Banco de Sangre, un Servicio de Transfusión o un Establecimiento de Atención Médica.
Razón Social o denominación del establecimiento.	Nombre completo del establecimiento sin abreviaturas, el cual debe corresponder al de su licencia sanitaria (ejemplo: Hospital Santa María).
Calle y Número exterior e interior.	Nombre completo de la calle, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento y su número exterior y en caso de contar con número interior o letra, también anotarlo.
Entre que calles se encuentra el establecimiento.	Señale entre que calles se encuentra ubicado el establecimiento.
Colonia.	Nombre completo de la colonia, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Delegación o municipio.	Nombre completo de la delegación o municipio, sin abreviaturas, en donde se ubica el establecimiento.
Ciudad.	Ciudad donde se encuentra el establecimiento.
Entidad Federativa.	Entidad Federativa en donde se encuentra el establecimiento.
Código Postal	Número completo del código postal que corresponda.
Correo electrónico.	Anote el o los correos electrónicos.
Teléfono(s).	Anote el o los números telefónicos, incluyendo clave lada (ejemplo 01 (55) + teléfono local).
Número de Licencia Sanitaria.	Anote el número completo de la licencia sanitaria del establecimiento..
Código Único del establecimiento.	Código único del establecimiento, éste número le será proporcionado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea a través del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre.
Pertenece a:	En el recuadro correspondiente marque con una “X” la opción que le sea aplicable (por ejemplo: SSA [X], IMSS [X], ISSSTE [X], PRIVADO [X] u otros (en caso que el establecimiento no pertenezca a una institución de las mencionadas en el formato, especifíquelo con el nombre completo de la institución o dueño del establecimiento).

SECCION A.- VIGILANCIA TRANSFUSIONAL.

Comité de Medicina Transfusional.	Indicar si cuenta o no con el Comité de Medicina Transfusional y si está o no en funcionamiento.
-----------------------------------	--

En caso de haber respondido afirmativamente, anexar en pdf el acta de instalación y la minuta de la última sesión

Con base en el numeral 17 Comité de Medicina Transfusional de la Norma Oficial Mexicana NOM SSA1_2012 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, las unidades hospitalarias que transfunden con regularidad más de cincuenta unidades de sangre o de sus componentes, deberán constituir un comité de medicina transfusional.

Nombre completo del responsable de la hemovigilancia.

Señalar el nombre completo del responsable de la hemovigilancia.

Cargo del responsable de la hemovigilancia.

Anotar el cargo del responsable de la hemovigilancia

Indicadores para Hemovigilancia.

- $$1. \quad x = \frac{\text{No.de desviaciones del estándar del procedimiento}}{\text{No.de procedimientos realizados}}$$
- $$2. \quad x = \frac{\text{No.de pacientes con reacciones adversas}}{\text{No.total de transfusiones realizadas}}$$
- $$3. \quad x = \frac{\text{Tipo de reacción adversa a la transfusión*}}{\text{No.total de reacciones adversas a la transfusión}}$$
- $$4. \quad x = \frac{\text{Número de reacciones adversas atribuibles a error humano}}{\text{Número total de reacciones adversas a la transfusión}}$$

1. El primer indicador se refiere a la calidad en los procedimientos realizados y estandarizados. La estandarización se describirá de acuerdo a la NOM-253-SSA1-2012. Se expresa en porcentaje.
2. El segundo indicador se refiere a determinar el porcentaje de pacientes que presentaron alguna reacción adversa.
3. El tercer indicador se refiere específicamente al tipo de reacción. Para cada tipo de reacción adversa –si ese fuera el caso— se deberá establecer con qué porcentaje contribuye al total de reacciones.
4. El cuarto indicador discrimina del total de reacciones adversas, aquellas que se pueden atribuir a “error humano”.

SECCION B.- Requerimientos y uso terapéutico de los productos sanguíneos.

Requerimientos de sangre y sus componentes.

1. Número de pacientes transfundidos, insuficientemente transfundidos, y a los que se les solicitó y no pudieron ser transfundidos
En las casillas correspondientes, señale el número de pacientes transfundidos, solicitados y que no pudieron ser transfundidos (por causas propias del servicio de sangre) o insuficientemente suministrados por insuficiencia de productos sanguíneos.
Nota: Las mezclas (“*pools*”) de componentes, 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.
2. Número de unidades transfundidas de:
Registre el número de unidades transfundidas: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma o crioprecipitados, durante el mes informado.
3. Otros usos terapéuticos.
Anote el número de unidades empleadas en usos terapéuticos distintos a la transfusión. En el espacio de **OBSERVACIONES Y ACLARACIONES**, especifique el contenido de la unidad y el uso terapéutico que se le dio, por

ejemplo: 2 unidades de plasma rico en plaquetas empleadas para uso autólogo en medicina regenerativa

Uso de hemocomponentes desglosado por departamento o servicios del hospital.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía 2. Gineco-obstetricia 3. Medicina Interna 4. Urgencias 5. Pediatría 6. Trasplante 	<p>Anote el número de unidades transfundidas en los servicios clínicos, concentrado de eritrocitos, concentrado plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados. El servicio de cirugía incluye todos los servicios cuya rama troncal sea la cirugía, tales como ortopedia, cirugía cardiovascular, cirugía reconstructiva, con excepción de trasplantes. En el servicio de medicina interna deben incluir especialidades tales como oncología médica, hematología, neurología, terapia intensiva, servicios de hemodiálisis, etc.</p>
---	--

SECCION C.- PRODUCTOS SANGUÍNEOS DEVUELTOS AL BANCO DE SANGRE, AL SERVICIO DE TRANSFUSION O DESECHADOS.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Concentrado de eritrocitos 2. Plaquetas 3. Plasma 4. Crioprecipitados 	<p>Cantidad de unidades de hemocomponentes que fueron recibidas por la unidad hospitalaria, pero que por alguna causa no fueron transfundidas y por lo tanto fueron devueltas al banco de sangre o servicio de transfusión, o bien, se le dio destino final (desechadas).</p>
---	---

Sección D.- Reacciones o eventos transfusionales adversos.

Las reacciones o eventos adversos a la transfusión pueden ser inmunológicos o no inmunológicos. De acuerdo al momento de su aparición pueden ser inmediatas (las que se presentan en las primeras 24 horas tras la transfusión) o tardías (las que ocurren después de transcurridas las primeras 24 horas).

Reacciones Inmunológicas Inmediatas.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Fiebril no hemolítica. Fiebre o incremento de la temperatura corporal igual o mayor de 1° C, acompañada o no de escalofrío, habitualmente ocurre durante la transfusión. Puede acompañarse de cefalea y vómito. La reacción es mediada por anticuerpos contra antígenos leucocitarios, proteínas plasmáticas, citosinas de producción endógena o por transferencia pasiva, o bien, por contaminación bacteriana, esta última se presenta con mayor frecuencia con la aplicación de concentrado de plaquetas.
2. Urticaria. Se manifiesta con prurito, enrojecimiento, salpullido y placas eritematosas. Es mediada por anticuerpos clase IgE contra proteínas plasmáticas o alérgenos presentes en el plasma.
3. Reacción anafilactoide. Puede presentarse con urticaria, estornudo, sibilancia, ronquido, estridor, angioedema, dolor torácico, disnea, opresión en el pecho o dolor retroesternal, hipotensión, taquicardia, arritmia, cólico, náusea, vomito o diarrea, en ausencia de fiebre. Puede ser secundaria a los mismos factores causales de la urticaria o por anticuerpos contra IgA en pacientes deficientes de esta inmunoglobulina, elementos no biológicos desprendidos o procedentes de los materiales que componen a los insumos empleados en el procedimiento transfusional.
4. Anafilaxia. 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).

5. Hemolisis intravascular. Se manifiesta con ansiedad, sensación de muerte inminente, dolor retroesternal, lumbar o en el sitio de la venopunción, fiebre, escalofrío, náusea, vómito, hipertensión inicial, hipotensión, taquicardia, disnea, coluria, anuria y choque. En pacientes anestesiados: sangrado en capa (en lecho quirúrgico y sitios de venopunción), oliguria, coluria e hipotensión. Puede ser secundaria a incompatibilidad ABO y otros sistemas de grupo como: Kidd, Duffy, P.
6. Hemolisis extravascular. Puede pasar inadvertida o cursar con ictericia, fiebre, transfusión inefectiva, ocasionalmente escalofríos y coluria. Es secundaria a incompatibilidad por los sistemas Rh y otros distintos al sistema ABO.
7. Daño pulmonar agudo por transfusión ("TRALI" por sus siglas en inglés). Datos de insuficiencia respiratoria aguda, hipoxia tisular, edema pulmonar agudo bilateral sin compromiso cardiaco, fiebre, hipotensión y taquicardia. Imagen radiológica de infiltración pulmonar bilateral. Se debe a transferencia pasiva de anticuerpos contra leucocitos del receptor, o anticuerpos del receptor contra antígenos leucocitarios del donante.
8. Fallecimiento

Reacciones Inmunológicas tardías.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Aloinmunización (contra células sanguíneas o proteínas plasmáticas). En esta reacción hay acortamiento de la vida media del componente transfundido, por ejemplo refractariedad a las plaquetas. Se presentan cuando ha habido embarazo y/o transfusiones previas.
2. Hemolítica. Ocurre entre los 5 y 10 días tras aplicada la transfusión de eritrocitos, puede pasar inadvertida, sin embargo, cuando se manifiesta, puede cursar con fiebre, anemia, ictericia, ocasionalmente hemoglobinuria y coluria.
3. Enfermedad injerto contra huésped (hospedero) asociada a transfusión. Se presenta entre los 2 a 30 días posteriores a la transfusión, se manifiesta con fiebre, urticaria con descamación, diarrea acuosa, pancitopenia, alteración de enzimas hepáticas, e ictericia. Se debe a la proliferación en el receptor de linfocitos presentes en el componente transfundido. Suele ocurrir en pacientes inmunodeprimidos, tales como trasplantados de médula ósea, SIDA, prematuros o recién nacidos de bajo peso.
4. Púrpura trombocitopénica postransfusión. Se identifica por una cuenta de plaquetas menor de $100 \times 10^9/L$. Se presentan entre los 5 y 10 días de aplicada la transfusión. Se debe a anticuerpos contra antígenos plaquetarios, con destrucción de plaquetas autólogas por fenómenos inmunológicos diversos.
5. Fallecimiento

Reacciones o Eventos No Inmunológicos Inmediatos.

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Contaminación bacteriana. Puede ser por bacterias gram positivas o gram negativas, se manifiesta con fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor abdominal y muscular, disnea, diarrea, hipotensión y choque séptico.
2. Sobrecarga circulatoria. Se manifiesta con disnea, ortopnea, cianosis, tos, esputo espumoso (asalmonado), taquicardia, cefalea, hipertensión, plétora venosa en cuello, edema y signos y síntomas de falla cardiaca congestiva, secundaria a la administración de unidades de sangre o componente sanguíneos.
3. Hipotermia. Se manifiesta con: arritmias ventriculares, escalofríos, aumento del consumo de oxígeno y puede haber paro cardíaco. Ocurre cuando un paciente es transfundido con múltiples unidades a bajas temperaturas.
4. Coagulopatía hemodilucional. Aparecen signos hemorrágicos debidos a la dilución de factores de la coagulación y de las plaquetas, en pacientes que han recibido transfusión masiva, especialmente de concentrados de eritrocitos y soluciones parenterales.
5. Hemolisis no inmune (mecánica, térmica u osmótica). Ésta 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).
6. Desequilibrio hidroelectrolítico (hipocalcemia, hipercalemia, hipomagnesemia). Puede ocurrir:
 - Hipocalcemia (disminución del nivel de calcio plasmático de 2.1 mmol/L u calcio plasmático total de 8.5 mg/dL), puede ocasionar parestesias peribucales o faciales, prolongación del segmento ST del electrocardiograma y raramente tetania. Se debe al exceso de anticoagulante ocasionado por transfusión masiva.
 - Hiperpotasemia plasmática (superior a 5.0 mEq/L), puede generar arritmias especialmente en pacientes con insuficiencia renal y pueden ser letales. Ocurre en transfusión masiva de unidades de concentrados de eritrocitos, especialmente cuando están cercanos al límite de vigencia o por salida rápida del potasio intracelular cuando hay hemolisis.
 - Hipomagnesemia (niveles sanguíneos menores a 1.5 mEq/L), provoca debilidad muscular, confusión, disminución de reflejos, movimientos "entrecortados", hipertensión arterial y ritmos cardíacos irregulares.
7. Embolia. El cuadro clínico depende del órgano afectado. Se originan por émbolos aéreos o de partículas.
8. Fallecimiento

Reacciones o Eventos No Inmunológicos Tardíos

Registre el número de casos detectados durante el mes informado. Donde dice "ausentes", cuando no se presentó reacción o efecto adverso u "ocurridos" cuando se presentó alguna de las reacciones transfusionales de acuerdo al tipo de unidad transfundida: concentrado de eritrocitos, concentrado de plaquetas, plasma fresco, plasma desprovisto de factores lábiles o crioprecipitados.

1. Hemosiderosis.	Es una enfermedad por sobrecarga de hierro en los tejidos, ocurre en pacientes politransfundidos por largos periodos con productos sanguíneos que contienen eritrocitos y sus manifestaciones son múltiples, entre ellas, falla cardiaca, hepática o ambas.
2. Infección por VIH 1–2 3. Infección por VBH 4. Infección por VCH 5. Infección por otros virus	Registre el número de casos de infección por cualquiera de estos agentes, cuya transmisión sea posiblemente imputable a la transfusión, que hubiese detectado durante el mes que informa.

6. Infección por <i>T. pallidum</i>	
7. Infección por otras bacterias	
8. Infección por <i>T. cruzi</i>	
9. Infección por otros parásitos	

Sección E.- Número de Reacciones Atribuibles a Error Humano y/o Técnico

Este espacio se reserva para aclarar el número de reacciones que pudieran ser atribuibles a errores humanos y/o técnicos. Entendiendo por estos últimos los relacionados con el equipo y/o reactivos.

Observaciones y aclaraciones.

Este espacio se reserva para cualquier comentario que el informante desee expresar, por ejemplo: resultados positivos o negativos de pruebas confirmatorias de donaciones previas, indicando la fecha de éstas, etc.

Al final del "Informe" anote el nombre completo del responsable sanitario con su firma autógrafa, así como, lugar y fecha de elaboración. A falta del responsable, el encargado de realizar el informe, firmará por ausencia, sin omitir anotar el nombre y apellidos del responsable sanitario.

Finalmente, el aspirante deberá hacer una declaratoria que haga constar que los datos vertidos son verídicos y mencionar si los datos de la solicitud, pueden o no darse a conocer o si la información debe considerarse confidencial, de conformidad con el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y anotar el nombre completo del interesado, sin abreviaturas, y su firma autógrafa.