

CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE ACCIONES PARA EL SUMINISTRO Y RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, EN SUS RESPECTIVOS BANCOS DE SANGRE Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LA SECRETARÍA DE SALUD DE DURANGO Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, A TRAVÉS DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, EN LO SUCESIVO "SALUD" REPRESENTADA POR EL DR. SERGIO GONZÁLEZ ROMERO, SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, ASISTIDO POR EL DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN, DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA "C.E.T.S." Y POR LA OTRA PARTE LA DRA. OLGA LETICIA GURROLA ARREDONDO "CLÍNICA DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DEL REFUGIO", EN LO SUCESIVO "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

#### ANTECEDENTES

**PRIMERO.-** La sangre y los componentes sanguíneos seguros e inocuos constituyen un recurso terapéutico, de uso universal, para suplir diversas deficiencias sanguíneas en los seres humanos. Una transfusión de sangre o de sus componentes, puede salvar la vida de un paciente, contribuir a restituir su salud o mejorar su calidad de vida, de ahí la necesidad de que los servicios de salud mantengan un suministro oportuno de sangre segura y que garanticen que su uso terapéutico sea adecuado y racional.

En los términos de la Ley General de Salud, la disposición de la sangre y de los componentes sanguíneos para uso terapéutico, está a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que cuenten con autorización para su funcionamiento.

**SEGUNDO.-** La donación de sangre y componentes sanguíneos es a título gratuito, sin embargo, existen costos significativos asociados al reclutamiento y educación de los donantes, a la extracción, a las determinaciones analíticas, a la preparación de componentes sanguíneos, aseguramiento de la calidad, almacenamiento y distribución, así como aquellos derivados de la infraestructura y mantenimiento de los establecimientos. Por ello, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público periódicamente da a conocer a las Instituciones del Sector Salud, las cuotas de recuperación que aplica "SALUD" las que deberán cubrir los solicitantes de componentes sanguíneos, en el catálogo y tabulador correspondiente al **Anexo Uno**.

**TERCERO.-** Para la ejecución del presente convenio "LAS PARTES", se comprometen a acatar la normatividad en la materia, contenida en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos.



**CUARTO.-** En atención a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, "Para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", establece en las disposiciones generales que *"Los bancos de sangre deberán establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con el objetivo de lograr el abasto oportuno bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad"*.

## DECLARACIONES

**I.-** Declara "SALUD", a través de su representante legal declara que:

**I.1.-** Que de conformidad con el artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, la Secretaria de Salud es la dependencia responsable de conducir y establecer las políticas y programas en materia de salud en el Estado.

**I.2.-** Que de conformidad con el artículo 53 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango y 17 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Durango, los Servicios de Salud de Durango, es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por Decreto publicado en el Periódico Oficial No. 25 del Estado de Durango, el 26 de septiembre de 1996.

**I.3.-** Que de acuerdo al artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, párrafo 2, fracción XXIII, la Secretaria de Salud como dependencia del Gobierno Estatal se coordinará y coadyuvará con el Organismo Público Descentralizado especializado en la materia, denominado Servicios de Salud de Durango, a fin de operar los Servicios de Salud y mejorar la cobertura de estos en beneficio de la población del Estado, en los términos establecidos en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

**I.4.-** Que con fecha 11 de julio del 2018, el **Dr. José Rosas Aispuro Torres**, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Durango, otorgó nombramiento al **Doctor Sergio González Romero**, como Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango. Así mismo, de conformidad con el Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Durango, en su artículo 10, fracción XII, así como los artículos 18 y 19 fracción XV de su Reglamento Interior, el **Doctor Sergio González Romero**, se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio.

**I.5.-** Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en calle Cuauhtémoc esquina con Paloma No. 225 Nte, Código Postal 34000, Zona Centro, Teléfonos (618) 1 37 34 24 y 1 37 74 90, con Registro Federal de Causantes (RFC) SSD960927CR4.

**II.-** Declara "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", a través de su representante legal que:

**II.1.-** Que la **DRA. OLGA LETICIA GURROLA ARREDONDO**, es una persona física, mayor de edad, con actividad empresarial y con plena capacidad jurídica para suscribir este instrumento jurídico.



Olga Leticia Gurrola Arredondo



II.2.- Que su actividad consiste en: Prestación de Servicios Médicos y Quirúrgicos, Atención Hospitalaria, Consultas, Radiografías, Análisis Clínicos y en General llevar a cabo todo tipo de actos y operaciones que se relacionen con un Sanatorio u Hospital.

II.3.- La Secretaria de Hacienda y Crédito Público le otorgo el Registro Federal de Contribuyente: **GUAO611025BA8**.

II.4.- Que el **DR. JORGE ARTURO HERNÁNDEZ**, es el responsable del Servicio de Transfusión de la Clínica de Maternidad Nuestra Señora del Refugio, con número de Cedula Profesional 1094924 como Médico Cirujano y numero de Cedula 3508847 en especialidad en Cirugía General.

II.5.- Que cuenta con la Licencia Sanitaria Expedida por la Secretaría de Salud No. **15-AM-10-005-0005**.

II.6.- Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Calle Diaz No.132, Col. Barrio Tierra Blanca, Durango, Dgo., C.P. 34139.

II.7.- Que el establecimiento de que se trata, cuenta con la infraestructura, equipo y personal capacitado e idóneo, para prestar los servicios a los pacientes. Que conoce las disposiciones de carácter legal, como son: la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, declarando además que se somete a la legalidad y políticas sanitarias que imperan en el país sin reserva alguna, así como a las Normas Médicas y Éticas aplicables o que resultaran ser en materia internacional y en cuestiones relativas a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos.

Expuesto lo anterior "LAS PARTES", sujetan sus compromisos, a las siguientes:

### CLAÚSULAS

**PRIMERA.- OBJETO.-** El presente convenio tiene por objeto, establecer las bases y mecanismos de concertación de acciones entre "LAS PARTES", para realizar actividades de suministro y recuperación de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, en su respectivo servicio de transfusión sanguínea.

**SEGUNDA.- DEL REGISTRO. - "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se obliga a registrar ante "SALUD", el nombre y firma de su médico responsable sanitario, así como comunicarle de forma inmediata, la destitución, la baja, o cambio de éste.

**TERCERA.- DE LA COMUNICACIÓN PREVIA. - "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se compromete en primer término, a comunicarse telefónicamente con el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea "C.E.T.S.", para solicitarle los componentes sanguíneos que requiera, con el propósito de verificar su existencia en el banco de sangre de "SALUD", señalando a éste, de conocerse, el grupo sanguíneo ABO y Rh del paciente cuando se trate de grupos poco frecuentes.



**CUARTA.- DE LA SOLICITUD.- "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se obliga a presentar al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de "SALUD", la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por el responsable sanitario, utilizando el formato (s) previamente aprobado por "SALUD", en el documento que conforma el **ANEXO DOS** de este Convenio, en el cual se deben expresar con claridad los componentes sanguíneos que se requieran y los demás datos que incluye el formato, y adjuntar al mismo la (s) solicitudes de pruebas de compatibilidad debidamente requisitado (s) con todos los datos requeridos, utilizando el formato que conforma el **ANEXO TRES (A) Y (B) y ANEXO CINCO** (Incluye 4 hojas) en relación al procedimiento a seguir en las Clínicas e Instituciones Privadas.

**QUINTA.- DEL CONTENEDOR PARA EL TRANSPORTE.- "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se compromete a proporcionar a quien vaya a recoger los componentes sanguíneos, un contenedor termo-aislante, en su caso, con los refrigerantes necesarios, transportados en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad.

**SEXTA.- DE LA OBLIGACIÓN DE ENVIAR DONANTES.- "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se obliga a enviar al "C.E.T.S.", el número de donantes necesarios, con el objeto de recuperar la sangre o componentes de ésta, dentro de los tres días siguientes, a la fecha de recepción de los productos sanguíneos **ANEXO CUATRO**.

Dicho plazo se ampliará a 15 (quince) días hábiles, para el caso de que él o los donantes enviados no fueran aptos para la donación, por no reunir los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes, con Fines Terapéuticos y tengan a manera de aportación voluntaria un depósito como garantía por el préstamo de sangre o de componentes sanguíneos, documento que conforma el **ANEXO CUATRO**.

**SÉPTIMA.- DE LA OBLIGACIÓN DEL ENVIADO DE FIRMAR UNA CARTA COMPROMISO.- "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"**, se compromete a que el enviado a recoger las unidades de sangre o de componentes sanguíneos solicitados, firme una carta compromiso en la cual se obliga a reponer las unidades de sangre o de componentes sanguíneos que se le proporcionen.

**OCTAVA.- DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN.-** Antes de recibir las unidades objeto del Convenio "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", se compromete a cubrir las cuotas de recuperación en el nivel 6 de la Tabla de Costos de Productos Autorizados por "SALUD", aprobada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y con el procedimiento ordenado por la misma que esencialmente consiste en **ANEXO UNO**:

- Cubrir el importe de las cuotas correspondientes, en el nivel que se indica.
- Realizar el pago en las ventanillas de la Institución SSD.

El tabulador que se anexa se actualizará periódicamente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por lo que las cuotas de recuperación, en caso de variar, serán aceptadas tácitamente al solicitar el o los componentes sanguíneos y no se requerirá modificar, ni ratificar el presente convenio.





**NOVENA.- "SALUD"**, una vez que compruebe haber cubierto la cuota (s) de recuperación respectiva, con el comprobante de la cuota de recuperación No. 6 (seis) se le entregará lo solicitado.

**DÉCIMA.- DE LA ASESORÍA, EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN.-** Para el cumplimiento del presente convenio "SALUD", expresamente se compromete a:

- a. Proporcionar a "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", asesoría gratuita tendiente a resolverle las dudas que pudieran surgir respecto de la aplicación adecuada de la sangre o de sus componentes;
- b. A evaluar la necesidad terapéutica de los componentes sanguíneos solicitados y;
- c. A orientar a "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", respecto del lugar o establecimientos en donde puedan obtenerse los componentes sanguíneos, para el caso de que "SALUD", no los tenga en existencia.

**DÉCIMA PRIMERA.- DEL SUMINISTRO DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.-** "SALUD", se obliga a proporcionar las unidades de sangre o componentes sanguíneos, al recibir la solicitud siempre y cuando se tengan en existencia.

**DÉCIMA SEGUNDA.- "SALUD"**, se obliga a anotar en el libro de registro de ingresos y egresos de sangre y sus componentes, lo que señala la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos".

Asimismo "SALUD", llevará un formato para el control de ingresos y egresos, que deberá ser firmado por el responsable del "C.E.T.S.", y por la persona que reciba las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos.

**DÉCIMA TERCERA.- "SALUD"**, por conducto del "C.E.T.S." se obliga a llevar un control de las cartas compromiso, con el propósito de verificar si "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", dio cumplimiento a la obligación de enviar los donantes, para la recuperación de la sangre o componentes sanguíneos solicitados, lo que se registrará también, en un sistema de información computarizado.

**DÉCIMA CUARTA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN.-** La información y actividades que se presenten, obtengan o produzcan, en virtud del cumplimiento del presente convenio, serán clasificadas por "SALUD", atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que "LAS PARTES", se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

En caso de incumplimiento "LAS PARTES", asumirán a título personal, las consecuencias derivadas de la violación de dicha confidencialidad y reserva, por lo que "LA INSTITUCIÓN PRIVADA", y "SALUD", informarán al inicio de sus actividades dicha situación al personal que participe en la realización de las acciones a desarrollar objeto del presente Convenio, a fin de dar cumplimiento a esta obligación.



**DÉCIMA QUINTA.- DEL AVISO POR CAMBIOS EN LA DOCUMENTACIÓN O DE LOS QUE SUSCRIBEN ESTE CONVENIO.-** Cualquier cambio relativo a la licencia sanitaria, al responsable sanitario o de las personas que intervengan en este convenio, así como el cambio de domicilio de cualquiera de "LAS PARTES", deberá ser informado oportunamente por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por "LAS PARTES", en el apartado de declaraciones de este convenio y dentro de un plazo no mayor de treinta días naturales contados a partir de que ocurra cualquiera de los cambios referidos, de no ser así, la parte que omita notificar el cambio, asumirá la responsabilidad que se produzca.

**DÉCIMA SEXTA.- RELACIÓN LABORAL.-** Queda expresamente estipulado entre "LAS PARTES", que suscriben el presente convenio que, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y con elementos propios para realizar las actividades objeto de este convenio, en esa medida aceptan que, en relación con el personal que llegase a trabajar con motivo de la ejecución de este convenio, no existirá relación alguna de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación les corresponda.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- VIGENCIA.-** "LAS PARTES", acuerdan que la vigencia del presente convenio es al 31 de diciembre del 2020, si al concluir su vigencia "LAS PARTES".

**DECIMA OCTAVA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** Cualquiera de "LAS PARTES", podrá dar por terminado este convenio con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a la contraparte, notificándola con treinta días naturales de anticipación. En tal caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros.

**DECIMA NOVENA.- JURISDICCIÓN.-** Para la interpretación y cumplimiento del presente convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, "LAS PARTES", se someterán a la Jurisdicción de los Tribunales Federales competentes, ubicados en la Ciudad de Durango, por lo tanto "LAS PARTES", renunciarán al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio, presente, futuro, o por cualquier otra causa.

Leído que fue el presente convenio por "LAS PARTES", y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en tres tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Durango, Dgo., a los 02 días del mes de Enero del 2020.



Olga Letun Drumboles

POR "SALUD"

POR "LA INSTITUCIÓN PRIVADA"



**DR. SERGIO GONZÁLEZ ROMERO**  
Secretario de Salud y Director General de  
Servicios de Salud de Durango



**DRA. OLGA LETICIA GURROLA**  
**ARREDONDO.**



**DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVAN.**  
Director del Centro Estatal de Transfusión  
Sanguínea.

La presente hoja de firmas, forma parte del Convenio de Concertación de Acciones para el Suministro y Recuperación de Unidades de Sangre y sus Componentes con Fines Terapéuticos, en sus respectivos Bancos de Sangre y/o Servicios de Transfusión, celebrado entre los Servicios de Salud de Durango, a través del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea y la Clínica de Maternidad Nuestra Señora del Refugio, de fecha 02 de enero del 2020.



## ANEXO CINCO

Los procedimientos a seguir con las Clínicas y Hospitales privados, según sea el caso.

1. **A)** Deberán presentar donadores aptos en fecha anterior a su procedimiento quirúrgico o procedimiento Intrahospitalario programado.

**B)** Se le realizarán pruebas cruzadas, preferentemente 1 día antes de que se quiera transfundir, ya sea que se envíe la muestra de la Clínica privada o que él o la paciente acudan a toma de muestra de compatibilidad de las 11:00 hrs. hasta las 19:00 hrs. (se deberá aplicar el cargo de pruebas de compatibilidad del Nivel 6).

2. **A)** Presentar donadores aptos, se realizan las pruebas de la unidad y grupo sanguíneo, y se aplica el cargo en nivel 6, si no se usa por no ser requerida por el Hospital privado, queda disponible para un familiar directo del paciente, durante 35 días. En caso de que se de esta situación, se aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y estudios realizados a la sangre, sin que tenga que presentar donadores o dejar aportación voluntaria.

3. **A)** En el caso de que previamente se convenga en presentar dos donadores aptos, por cada unidad que se vaya a proporcionar se aplicará solo el cargo de pruebas de compatibilidad Nivel 6 y el grupo sanguíneo por cada unidad requerida.

**B)** En el caso de que la o las unidades no sean requeridas por el Hospital privado, queda disponible una unidad por cada dos donadas, para un familiar directo del paciente, durante 40 días, en este caso, solo se

*Olga Letue Durro*

W



aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y grupo Nivel 6, sin que tenga que presentar donador o dejar aportación voluntaria.

4. A) En caso de urgencia o que los donadores presentados no sean aptos, los familiares solicitantes deberán cubrir las pruebas de compatibilidad y grupo sanguíneo en el Nivel 6, y a su egreso dejar aportación voluntaria por el o los productos egresados y pagar los estudios en Nivel 6.
5. Requisitos para recibir una solicitud en el banco de sangre del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea de Durango.

- 1.- Solicitud de pruebas de compatibilidad requisitada en forma completa con todos los datos en ella solicitados (nombres con los dos apellidos) original y dos copias con el grupo y Rh del paciente.

- 2.- Pacientes externos deberán acudir al CETS 24 hrs. previas a la cirugía para el proceso de toma de muestra con solicitud debidamente requisitada.

- 3.- El original de la solicitud de pruebas de compatibilidad se integrara al expediente clínico, una copia se entregara al laboratorio o al servicio de transfusión del hospital para su registro de ingreso y aplicaciones en el servicio correspondiente y otra copia se quedara en el CETS.

- 4.- Se requiere dos tubos (pilotos) con una muestra de sangre: uno con coagulante 4 ml. mínimo y otro sin anticoagulante 3 ml. mínimo. (En caso de no poder tomar las dos muestras en recién nacidos traer la muestra con anticoagulante mínimo 3 ml.).

- 5.- Para ex sanguíneo transfusión, enviar también muestra de sangre con anticoagulante de la madre del recién nacido. (3ml.).

- 6.- Las muestras de sangre (tubos piloto) deben estar etiquetadas en forma individual con nombre completo, fecha y hora de extracción y servicio.

- 7.- Las solicitudes ordinarias se reciben con donación previa o con aportación voluntaria y carta compromiso y se trabajan el mismo día en que se recibe la solicitud.

- 8.- Solicitudes de urgencias calificadas se reciben y trabajan sin excepción alguna en cualquier horario.

*Olga Letun Dumolo*

9.- Las solicitudes preoperatorias de cirugías programadas, solo se reciben hasta las 24:00hrs. Del día previo al evento quirúrgico, o procedimiento hospitalario que requiera apoyo transfusional acompañadas de la solicitud, muestra piloto y constancia de donación a favor del paciente.

10.- En caso de plasmas la solicitud deberá acompañarse de una justificación por escrito de la dosis a administrar, así como la necesidad clínica del plasma y traer anotados los tiempos de coagulación del paciente (último reporte) y será valorada por el CETS.

11.- En los concentrados plaquetarios las solicitudes deben contar con los datos relativos al último recuento de plaquetas del paciente. Para los concentrados plaquetarios que se van a aplicar juntos, con una solicitud para 5 productos es suficiente. En el caso de aplicarse en forma separada se necesita solicitud por concentrado.

12.- En caso de la transfusión de pool de plaquetas se deberá contar con el consentimiento por escrito del médico responsable de la aplicación de plaquetas desplasmatizadas grupo "O" a pacientes de otro grupo sanguíneo, por no contarse con plaquetas del grupo del paciente.(sólo en urgencias calificadas).

13.- En el consentimiento del médico tratante, se deberá hacer constar que el paciente se encuentra en quimioterapia o en tratamiento con esteroides. La solicitud también deberá contar con los datos relativos al último recuento plaquetario del paciente.

14.- Cuando no se tenga algún producto disponible, se darán opciones transfusionales de acuerdo a las tablas de alternativas con que cuenta el CETS.

15.- En el caso de no aceptarse las opciones, el médico responsable lo deberá manifestar y firmar en la solicitud que no acepta la alternativa propuesta, el laboratorio registrará la negativa en la solicitud.

16.- En el caso de hospitales privados, o de pacientes con solicitudes ordinarias que cuenten con donación previa, si no se cuenta con el producto requerido la solicitud no se recibirá hasta el momento de estar en condiciones de atenderla.

17.- Todos los productos deberán ser transportados en recipientes térmicos aislantes sin excepción.

*Olga Estela Sarmiento*

W



18.- El original de la solicitud de transfusión, se integrara al expediente clínico junto con la etiqueta de datos relativos a la transfusión y notificación de reacción-transfusional (etiqueta auto adherible).

19.- En caso de que no se aplique un producto y hayan transcurrido dos horas sin refrigeración de la unidad, la baja del producto corresponderá al hospital y se deberá registrar en el libro correspondiente de productos biológicos potencialmente infecciosos.

20.- En el caso de que algún producto no sea aplicado, se deberán regresar de inmediato al CETS dentro de las siguientes 4 horas de su salida, siempre y cuando se haya mantenido en refrigeración y se transporte en recipiente termoaislante con los refrigerantes necesarios.

21.- En el caso de los hospitales privados, se podrá aplicar el criterio del párrafo anterior, en el entendido que se recibirán los productos a manera de donativo sin la devolución del importe pagado por los estudios practicados a las unidades, quedando las unidades disponibles para familiares directos del paciente durante 35 días (sin costo).

22.- Los hospitales privados deberán cubrir sin excepción la cuota de recuperación nivel 6 y celebrar carta compromiso de reposición de los productos proporcionados en caso de no contar con donadores, o si se trata de una urgencia se deberá elaborar documento de fianza aportación voluntaria.

23.- Se exentará de pago cuando se tengan unidades donadas extra a la solicitud o se ofertará descuento mayor al acreditado.

*Olga Leten Dumala*

*h*

# ANEXO CUATRO



**SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO**  
**CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA**

AV. 20 DE NOVIEMBRE Y A. NORMAN FUENTES S/N  
TEL. 811-10-01 FAX 813-01-31 DURANGO, DGO.

No. \_\_\_\_\_

RECIBI DE: \_\_\_\_\_

LA CANTIDAD DE : \_\_\_\_\_

Por concepto de aportación voluntaria que hago, al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, en el entendido que cuando presente \_\_\_\_\_ donadores aptos para recuperar las unidades que me fueron prestadas, me será devuelta la aportación entregada, en caso de que, en un lapso de quince días contados a partir de este día no presente los donadores aptos, la aportación que voluntariamente estoy entregando le será entregada a la Subdirección de Recursos Materiales y Financieros de los Servicios de Salud de Durango, para la compra de insumos necesarios en el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

PACIENTE \_\_\_\_\_ HOSPITAL \_\_\_\_\_

DURANGO, DGO. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
DE LA PERSONA QUE RECIBE LA APORTACION

**ORIGINAL**

*Olga Letun...*

*W*



HOSPITAL \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: ( ) Ordinario ( ) Urgente Hora de Recepción CETS: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

PRODUCTO SOLICITADO

PAQUETE GLOBULAR  PLASMA FRESCO CONGELADO  CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA  P. GLOBULAR LAVADO  P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS:

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

HOSPITAL \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

Carácter de la solicitud: ( ) Ordinario ( ) Urgente Hora de Recepción CETS: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

PRODUCTO SOLICITADO

PAQUETE GLOBULAR  PLASMA FRESCO CONGELADO  CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA  P. GLOBULAR LAVADO  P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS:

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ ORIGINAL

PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

*Olga Leticia Granados*

# REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

## METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### RECIBE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

# REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

## METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### RECIBE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

*Olga Leticia Jimenez B*



**ANEXO TRES (A)**

**HOSPITAL** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

**Carácter de la solicitud:** ( ) Ordinario ( ) Urgente **Hora de Recepción CETS:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

PRODUCTO SOLICITADO

PAQUETE GLOBULAR  PLASMA FRESCO CONGELADO  CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA  P. GLOBULAR LAVADO  P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS:

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

**HOSPITAL** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

Solicitud de pruebas de compatibilidad

**Carácter de la solicitud:** ( ) Ordinario ( ) Urgente **Hora de Recepción CETS:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ No. Expediente \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas SI ( ) NO ( ) Cuantas: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

Reacciones Transfusionales SI ( ) NO ( ) Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha de la última: \_\_\_\_\_

No. de Embarazos: \_\_\_\_\_ Enf. Hemolítica del R/N SI ( ) NO ( ) Está recibiendo medicamento SI ( ) NO ( )

PRODUCTO SOLICITADO

PAQUETE GLOBULAR  PLASMA FRESCO CONGELADO  CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA  P. GLOBULAR LAVADO  P. GLOBULAR DESLEUCITADO

OTROS: \_\_\_\_\_

VOLUMEN SOLICITADO: \_\_\_\_\_ ml. PARA TRANSFUNDIR: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA TRANSFUSION: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS:

HB: \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_ PLAQUETAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ CEDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ ORIGINAL

PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

*Olga Letitia Surolo*

# ANEXO TRES (B)

## REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

### METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

#### REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

#### RECIBE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Paciente: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

### METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

#### REALIZO LAS PRUEBAS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

#### RECIBE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

*Olga Leteun, Surok A*

*W*



ANEXO DOS

HOSPITAL

Solicitud de productos sanguíneos

Durango, Dgo., \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

C.Dr. \_\_\_\_\_

Responsable del Banco de Sangre de \_\_\_\_\_

PRESENTE:

Por medio de la presente, solicito a Ud. Los siguientes productos con carácter:

Ordinario ( )

Urgente ( )

PRODUCTO	CANTIDAD	GRUPO	RH
----------	----------	-------	----

Sangre Total	_____	_____	_____
--------------	-------	-------	-------

Paquete Globular	_____	_____	_____
------------------	-------	-------	-------

Plasma fresco cong.	_____	_____	_____
---------------------	-------	-------	-------

Conc. Plaquetario	_____	_____	_____
-------------------	-------	-------	-------

Otros	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Para el (a) paciente \_\_\_\_\_ No.afil. \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_ cama \_\_\_\_\_ diagnostico \_\_\_\_\_

Con el compromiso de enviar el o los donadores necesarios para reponer los productos que nos proporcione.

Adjunto a la presente, solicitud para pruebas de compatibilidad debidamente requisitado con todos los datos requeridos.

SI ( )

NO ( )

ATENTAMENTE

“DONAR SANGRE ES SALVAR VIDAS “

RESPONSABLE MEDICO DE LA INSTITUCIÓN

Olga Leticia Jimenez

**ANEXO 1**  
**CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**  
**TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN**



CETS

**Cuotas de productos que se autorizan para el Tabulador de Servicios Médico-Asistenciales 2017**

Clave	Descripción	Nivel 6
010-02	Consulta especialidad	\$ 239.03
190-02	Anticuerpos anti-VHC (ELISA)	\$ 196.19
190-04	Detección de anti-cuerpos VIH 1/2 (ELISA)	\$ 196.19
190-05	Antígeno de superficie AgsHB	\$ 178.15
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-05	Reacciones febriles en placa	\$ 144.32
190-19	Pruebas cruzadas	\$ 791.51
191-03	Serotipificaciones	\$ 78.93
192-16	R.p.r. prueba de sífilis	\$ 173.64
201-07	Recuento de plaquetas	\$ 67.65
201-10	Investigación hematozoarios	\$ 108.24
201-12	Serie roja	\$ 225.50
201-13	Serie blanca	\$ 225.50
201-16	Determinación de grupo sanguíneo y factor rh	\$ 119.52
<b>TOTAL DE SANGRE Y PAQUETE</b>		<b>\$ 3,847.07</b>
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
192-31	Coombs directo	\$ 121.77
192-32	Coombs indirecto	\$ 187.17
201-46	Plasmaferesis	\$ 9,089.91
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	\$ 1,102.70
<b>TOTAL PLASMAFERESIS</b>		<b>\$ 10,192.61</b>
201-45	Plaquetoféresis	\$ 9,089.91
	Total de sangre y paquete	\$ 3,847.07
<b>TOTAL PLAQUETAFERESIS</b>		<b>\$ 12,936.98</b>
360-08	Sangría	\$ 455.51

*Olga Letun Jaramila*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten mark]*