

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 EL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, EN LO SUCESIVO “C.E.T.S.” REPRESENTADO POR EL DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN, DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y POR LA OTRA PARTE, EL HOSPITAL INTEGRAL DEL MEZQUITAL, DGO., REPRESENTADO POR EL DR. FRANCISCO JAVIER IMARD RODRÍGUEZ ACEVEDO, DIRECTOR DEL HOSPITAL INTEGRAL DEL MEZQUITAL, EN LO SUCESIVO “EL HOSPITAL INTEGRAL”, 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 “C.E.T.S.”, que:

I.1.- Que con fecha 16 de octubre de 2016, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, otorgó nombramiento al **Doctor Heriberto Andiola Galván**, como Director del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, por lo que se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio

I.2.- Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Boulevard José María Patoni No. 403, Edificio “C”, Col. Predio El Ciprés, con número de Teléfono (618) 1 37 31 58.

II.- Declara “EL HOSPITAL INTEGRAL”, que:

I.1.- Que con fecha 01 de abril de 2016, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, otorgó nombramiento al **Doctor Francisco Javier Imard Rodríguez Acevedo**, como Director del Hospital Integral del Mezquital, Dgo., por lo que se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio

I.2.- Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en calle Principal s/n, entre calle Vialidad Sal si puedes y vialidad calle del Panteón y vialidad posterior calle Porfirio Díaz, C.P. 34973, Col. Asentamiento Humano San Francisco del Mezquital, Dgo., con número de Teléfono (675) 8 84 40 11.

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.- “EL HOSPITAL INTEGRAL”, se obliga a registrar ante el “C.E.T.S.”, 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.- “EL HOSPITAL INTEGRAL”, 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 del "C.E.T.S.", señalando a éste, de conocerse, el grupo sanguíneo ABO y Rh del paciente cuando se trate de grupos poco frecuentes.

CUARTA.- DE LA SOLICITUD.- "EL HOSPITAL INTEGRAL", se obliga a presentar al "C.E.T.S.", la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por el responsable sanitario, utilizando el formato (s) previamente aprobado por el "C.E.T.S.", 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** y **ANEXO CINCO** (Incluye 3 hojas) en relación al procedimiento a seguir con los Hospitales Integrales.

QUINTA.- DEL CONTENEDOR PARA EL TRANSPORTE.- "EL HOSPITAL INTEGRAL", se compromete a proporcionar a quien vaya a recoger los componentes sanguíneos, llevar un contenedor termo-aislante, en su caso, con los refrigerantes necesarios, con el fin de que las unidades de sangre o de componentes sanguíneos, sean transportadas en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad.

SEXTA.- DE LA OBLIGACIÓN DE ENVIAR DONANTES.- "EL HOSPITAL INTEGRAL", 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.- "EL HOSPITAL INTEGRAL", se compromete a que la persona que envíen 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 presente Convenio "EL HOSPITAL INTEGRAL", se compromete a cubrir las cuotas de recuperación en el nivel 4 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 del "C.E.T.S."

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.- "C.E.T.S.", una vez que compruebe haber cubierto la cuota (s) de recuperación respectiva, con el comprobante de la cuota de recuperación No. 4 se le entregará lo solicitado.

DÉCIMA.- DE LA ASESORÍA, EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN.- Para el cumplimiento del presente convenio "C.E.T.S.", expresamente se compromete a:

- a) Proporcionar a "EL HOSPITAL INTEGRAL", 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 "EL HOSPITAL INTEGRAL", respecto del lugar o establecimientos en donde puedan obtenerse los componentes sanguíneos, para el caso de que "C.E.T.S.", 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.- "C.E.T.S.", 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 "C.E.T.S.", 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.- "C.E.T.S." se obliga a llevar un control de las cartas compromiso, con el propósito de verificar si "EL HOSPITAL INTEGRAL", 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 "C.E.T.S.", 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 "EL HOSPITAL INTEGRAL" y "C.E.T.S.", 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.

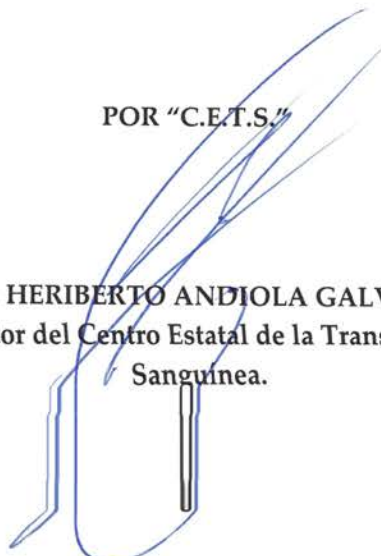
DÉCIMA SÉPTIMA.- VIGENCIA.- "LAS PARTES", acuerdan que la vigencia del presente convenio es de 2 (dos) años, contados a partir de la fecha de su firma. Si al concluir su vigencia ambas partes no lo objetaran automáticamente quedará renovado por el mismo lapso.

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 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 12 días del mes de abril del año 2019.

POR "C.E.T.S."



DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN
Director del Centro Estatal de la Transfusión
Sanguínea.

POR "EL HOSPITAL INTEGRAL"



DR. FRANCISCO JAVIER IMARD
RODRÍGUEZ ACEVEDO
Director del Hospital Integral del Mezquital,

Dgo.

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




CENTRO ESTATAL DE LA
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

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

Clave	Descripción	Nivel 4
010-02	Consulta especialidad	90.83
190-02	Anticuerpos anti-VHC (ELISA)	74.55
190-04	Detección de anti-cuerpos VIH 1/2 (ELISA)	74.55
190-05	Antígeno de superficie AgsHB	67.70
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	419.02
192-05	Reacciones febriles en placa	54.84
190-19	Pruebas cruzadas	300.77
191-03	Serotipificaciones	29.99
192-16	R.p.r. prueba de sífilis	65.98
201-07	Recuento de plaquetas	25.71
201-10	Investigación hematozoarios	41.13
201-12	Serie roja	85.69
201-13	Serie blanca	85.69
201-16	Determinación de grupo sanguíneo y factor rh	45.42
	TOTAL DE SANGRE Y PAQUETE	\$1,461.87
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	419.02
192-31	Coombs directo	46.27
192-32	Coombs indirecto	71.12

201-46	Plasmaferesis	3,454.16
190-06	Paquete componente sanguíneo (P.F.C.P.G.C.P.)	419.02
	TOTAL PLASMAFERESIS	\$3,873.18
201-45	Plaquetoféresis	3,454.16
	Total de sangre y paquete	\$1,461.87
	TOTAL PLAQUETAFERESIS	\$4,916.03
360-08	Sangría	173.09





SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

TEL. 811-10-01 FAX. 813 -01-31
 AV. 20 DE NOVIEMBRE ESQ. CON NORMAN FUENTES
 DURANGO, DGO.

Solicitud de Intercambio Interinstitucional

DURANGO, DGO., _____ DE _____ DE _____

C.D.R. _____

Responsable del Banco de Sangre de _____

PRESENTE

Por medio de la presente, solicito a Ud. Los siguientes productos por intercambio () o Préstamo ()

PRODUCTO	CANTIDAD	GRUPO	Rh
Sangre total	_____	_____	_____
Paquete globular	_____	_____	_____
Plasma fresco cong.	_____	_____	_____
Conc. Plaquetario	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

Para el paciente _____ No. Afil. o Exp. _____

Servicio _____ Cama _____ Hos'pital _____

Para lo cual estoy enviando los siguientes productos.

No. de Reg.	NOMBRE DEL DONADOR	PRODUCTO	GPO	Rh	Hb	Hto	HIV	HCV	HBsAg	RPR	BRUC

En caso de préstamo, me comprometo reintegrar el (o los) producto(s) a la brevedad posible.

ATENTAMENTE
"DONAR SANGRE ES SALVAR VIDAS"

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 ()

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

RESULTADOS DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

RECEPTOR GPO. _____ Rh. _____

No. DE UNIDAD	PRODUCTO	NOMBRE DEL DONADOR	SALINA	ALBUMINA	COOMBS	ENZIMAS	AUTO CONTROL

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DE QUIEN EFECTUO LAS PRUEBAS: _____ FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL PRODUCTO: _____ FIRMA _____

RESULTADOS DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD.

RECEPTOR GPO. _____ Rh. _____

NO. DE UNIDAD.	PRODUCTO	NOMBRE DEL DONADOR.	SALINA	ALBUMINA	COOMBS	ENZIMAS	AUTO CONTROL.

OBSERVACIONES. _____

NOMBRE DE QUIEN EFECTUO LAS PRUEBAS _____ FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL PRODUCTO _____ FIRMA _____



SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
BLVD. JOSÉ MA. PATONI # 403 COL. EL CIPRES, C.P. 34217
TELS. 137-31-56/137-31-57, DURANGO, DGO.



Nº 13221

RECIBÍ 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 sera 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 APORTACIÓN

ORIGINAL

ANEXO CINCO

El procedimiento a seguir con los Hospitales Integrales es:

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 del Hospital Integral 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 4).

2. A) Presentar donadores aptos, se realizan las pruebas de la unidad y grupo sanguíneo, y se aplica el cargo en nivel 4, si no se usa por no ser requerida por el Hospital Integral, queda disponible para un familiar directo del paciente, durante 35 días. En caso de que se dé ésta 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 4 y el grupo sanguíneo por cada unidad requerida.

B) En el caso de que la o las unidades no sean requeridas por el Hospital Integral, queda disponible una unidad por cada dos donadas, para un familiar directo del paciente, durante 40 días, en este caso, solo se aplicará el cargo de pruebas de compatibilidad y grupo Nivel 4, 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 4, y a su egreso dejar aportación voluntaria por el o los productos egresados y pagar los estudios en Nivel 4.

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 "C.E.T.S." 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 integrará al expediente clínico, una copia se entregará 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 "C.E.T.S."

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.

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 "C.E.T.S."

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 "C.E.T.S."

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 integrales, 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.- El hospital integral será el responsable del traslado de todos los productos sanguíneos, los cuales deberán ser transportados en recipientes térmicos aislantes sin excepción.

18.- El original de la solicitud de transfusión, se integrará 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 "C.E.T.S." 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 integrales, 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 integrales deberán cubrir sin excepción la cuota de recuperación nivel 4 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.