

Oficio No. - 196/CAS/2023
Monterrey, N. L., a 03 de octubre del 2023

116011

04 OCT 2023

OFICIO CIRCULAR
DIRIGIDO A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS DE SANGRE

En atención a Lineamiento para la expedición del libro de registro que llevan los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, me permito informarle los requisitos para su obtención:

- Requisitos documentales:
 - Formato de Servicios de salud (COFEPRIS-01-027) llenado conforme a instructivo.
 - Copia legible del Aviso del responsable Sanitario (COFEPRIS-05-092 o COFEPRIS-05-099) actualizado.
 - Copia simple de la Licencia Sanitaria Autorizada, vigente, para los establecimientos de salud con servicios de sangre (COFEPRIS-05-025) para banco de sangre (modalidad A), o servicio de Transfusión Hospitalario (Modalidad E).
 - Libros que solicita autorizar, los cuales deberán contener las características que se enuncian en todo el apartado 19.3.2. de la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como las secciones con las que deben contar, de conformidad con el numeral 19.3.2.4. que incluirán como mínimo la información que indica la tabla 41.

Si la documentación ingresada, está incompleta, existe incongruencias, y/o falta información conforme a los requisitos solicitados, se resolverá con una prevención, que una vez notificada, contará con un plazo de 20 días hábiles para su respuesta. En caso de no ingresar respuesta con lo solicitado o responder fuera del plazo otorgado, su trámite será desechado.

Se ilustran a continuación los datos necesarios para la portada interna de los libros de registro, y las secciones obligatorias del contenido de los libros, de acuerdo a su modalidad autorizada.



Oficio No. - 196/CAS/2023

Ejemplo para la elaboración de la portada del libro

Razón social como dice la licencia: **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Nombre del libro: **UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA No.55**

Denominación completa como dice la licencia: **CONCENTRADOS ERITROCITARIOS - INGRESOS Y EGRESOS**

Modalidad autorizada (sólo una): **Banco de sangre / Servicio de transfusión Hospitalaria / Servicio de Transfusión / Puesto de sangrado.**

Responsable sanitario: **Responsable sanitario: Dra. Ca** **NOMBRE Y FIRMA** LIBRO: _____ FOLIOS _____

CED: _____ Libro y folios autorizados

ESPACIO PARA SELLO
/ NO SEÑALAR EL CUADRO, SOLO DEJAR EL ESPACIO



Oficio No. - 196/CAS/2023

SECCIONES OBLIGATORIAS DEL CONTENIDO DEL LIBRO BANCO DE SANGRE

Hoja de ingresos de banco de sangre

No. Progresivo	Fecha de ingreso	Nombre del donante	No. Id. De la Unidad	Procedencia de la unidad	Uso terapéutico	Tipo de donación	Método de extracción	Contenido de la unidad	Gpo. A B O / Rh	HEPATITIS B	HEPATITIS C	VIH 1 y 2	Trypanosoma cruzi	Treponema pallidum	otras	Procesamiento de la unidad	Caducidad de la unidad	Eventualidades	Demás que el establecimiento considere necesarias

Hoja de egresos de banco de sangre

Fecha de egreso	Hora de egreso	Nombre de la unidad o receptor	Exp., #cama, o domicilio dónde se hará la transfusión	Motivo del destino final	Gpo. ABO / Rh del receptor	Nombre del médico que indica la transfusión	Volumen egresado (U. pediátricas)	eventualidades	Demás que el establecimiento considere necesarias



Oficio No. - NUEVO LEÓN 196/CAS/2023

SECCIONES DEL CONTENIDO DEL LIBRO SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

Hoja de ingreso de servicio de transfusión

No. Progresivo	Fecha de ingreso	Nombre del donante	No. Id. De la Unidad	Procedencia de la unidad	Uso terapéutico	Tipo de donación	Método de extracción	Contenido de la unidad	Gpo. A B O / Rh	Caducidad de la unidad	Eventualidades	Demás que el establecimiento considere necesarias.
----------------	------------------	--------------------	----------------------	--------------------------	-----------------	------------------	----------------------	------------------------	-----------------	------------------------	----------------	--

Hoja de egresos de servicio de transfusión

Fecha de egreso	Hora de egreso	Nombre de la unidad o receptor	Exp., #cama, o domicilio dónde se hará la transfusión	Motivo del destino final	Gpo. ABO / Rh del receptor	Nombre del médico que indica la transfusión	Volumen egresado (U. pediátricas)	Eventualidades	Demás que el establecimiento considere necesarias.
-----------------	----------------	--------------------------------	---	--------------------------	----------------------------	---	-----------------------------------	----------------	--



Oficio No. - NUEVO LEÓN 196/CAS/2023

SECCIONES EL CONTENIDO DEL LIBRO DE PUESTOS DE SANGRADO

Hoja de ingresos del puesto de sangrado.

No. Progresivo	Fecha de extracción	Hora de extracción	Fecha de ingreso	Nombre del donante	Uso terapéutico	Tipo de donación
----------------	---------------------	--------------------	------------------	--------------------	-----------------	------------------

Hoja de egresos del libro de puesto de sangrado.

Fecha de envío	Hora de envío	Motivo del destino final	eventualidades	Las demás que el establecimiento considere necesarias
----------------	---------------	--------------------------	----------------	---




Oficio No. - 196/CAS/2023

Tablas de la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Tabla 41

Información relativa a ingresos y egresos de sangre y componentes sanguíneos de los bancos de sangre y servicios de transfusión

Ingresos	Egresos
<p>a) Número progresivo para cada ingreso;</p> <p>b) Fecha de ingreso de las unidades de sangre o de sus componentes;</p> <p>c) Nombre del donante;</p> <p>d) El número exclusivo de identificación de la unidad, mismo que identificará también a los componentes fraccionados de la sangre total;</p> <p>e) En su caso, nombre del establecimiento o del puesto de sangrado de procedencia de cada unidad;</p> <p>f) El uso terapéutico que se le pretende dar, entre las siguientes: alogénica, autóloga o singénica;</p> <p>g) El señalamiento del tipo de donación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voluntaria y altruista; - Familiar o de reposición; - Designada; - Dirigida; - Regular, o - De repetición. <p>h) El método de extracción: (extracción habitual de sangre total o de componentes mediante aféresis);</p> <p>i) El señalamiento del contenido de la unidad;</p> <p>j) Clasificación del grupo ABO y Rh (D);</p> <p>k) Los bancos de sangre registrarán los resultados de las pruebas obligatorias para la detección de enfermedades transmisibles por transfusión, así como los resultados de otras pruebas que se hubiesen practicado;</p> <p>l) Procesamientos efectuados a las unidades, tales como: lavado, leucodepleción mediante filtrado, irradiación, inactivación u otros;</p> <p>m) Fecha de caducidad de la unidad;</p> <p>n) Cualquier eventualidad que requiera consignarse, y</p> <p>o) Las demás que el establecimiento considere necesarias.</p>	<p>a) Fecha y hora de egreso del componente sanguíneo;</p> <p>b) Nombre del establecimiento al que se suministró la unidad, o bien, cuando proceda nombre del receptor, su número exclusivo de expediente o registro, el número de cama o habitación o, en su caso, el domicilio donde se llevará a cabo la transfusión;</p> <p>c) En su caso, el motivo del destino final;</p> <p>d) Clasificación de grupo AB0 y Rh (D) del receptor;</p> <p>e) Nombre del médico que indica la transfusión;</p> <p>f) Volumen egresado cuando se trate de unidades para uso pediátrico;</p> <p>g) Cualquier eventualidad que requiera ser consignada, y</p> <p>h) Las demás que el establecimiento considere necesarias.</p>



116011

Oficio No. - 196/CAS/2023

Tabla 42

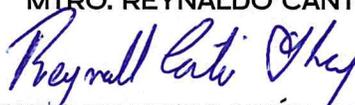
04 OCT 2023

Información relativa a ingresos y egresos de sangre y componentes sanguíneos de los puestos de sangrado

Ingresos	Egresos
a) El número progresivo exclusivo para la unidad de sangre extraída;	a) Fecha y hora de envío al banco de sangre del cual depende el puesto de sangrado;
b) Nombre del donante;	b) En su caso, motivo del destino final;
c) Fecha y hora de extracción de las unidades de sangre;	c) Cualquier eventualidad que requiera ser consignada, y
d) El uso terapéutico que se le pretende dar, entre las siguientes: alogénica, autóloga o singénica;	d) Las demás que el establecimiento considere necesarias.
e) El señalamiento del tipo de donación: - Voluntaria y altruista; - Familiar o de reposición; - Designada; - Dirigida; - Regular, y - De repetición	
f) Las demás que el establecimiento considere necesarias.	

En caso de duda, puede solicitar la asesoría en el Centro Integral de Servicios, en el área de Servicios de Salud, al correo cis.ventanilla@saludnl.gob.mx, o al teléfono 81 81 30 70 20.

ATENTAMENTE
 MTRO. REYNALDO CANTÚ SHAY



SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO



DEMT/BLLA