

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 22 SET. 2015

VISTO:

El expediente N° 15-011789-001-INSN-SB que contiene la Nota Informativa N° 58-2015-BS-INSN-SB, el Memorandum N° 296-2015-USDXT/INSN-SB, la Nota Informativa N° 220-2015-UGC-INSN-SB, el Informe N° 077-2015-UPP-INSN-SB; y, la Nota Informativa N° 216-2015-UGC-INSN-SB; sobre la Directiva Administrativa N° 001-2015-USDT-INSN-SB-V.01 "Control de Documentos, Formatos y Registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja"; estando a lo informado por la Unidad de Asesoría Jurídica en su Informe N° 140-2015-UAJ-INSN-SB, cuyos fundamentos se reproducen; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que los establecimiento de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud a nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA del 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA del 29 de octubre de 2009, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud" que tiene como



finalidad la de contribuir a la mejora de la calidad en la atención de salud; mediante la implementación de directrices emanadas de la actividad sanitaria nacional que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud;

Que, el artículo 15° del Reglamento de la Ley N° 26454, aprobado por Decreto Supremo N° 03-95-SA, establece que "Todos los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, estatales y privados, deben contar con los Manuales de Organización y Funciones, de normas y Procedimientos, y de Técnicas".

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, publicada el 08 de julio de 2014, se aprueba el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja; en el que se estableció la estructura, funciones y anexos referidos a la necesidad de personal del Instituto;

Que, en el inciso a) del literal II.3.3 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, "Implementar normas, estrategias, metodologías e instrumentos para el funcionamiento del Sistema de la Calidad del Instituto y asesorar en el desarrollo de actividades de mejora continua".

Que en el inciso a) del literal II.4.2 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, "organizar la prestación de atenciones en los servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento, según corresponda, en coordinación con la Unidad de Atención Especializada".

Que, mediante Nota Informativa N° 216-2015-UGC-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, Dra. Katia Granados Guibovich, informa a la Dirección General, sobre la Directiva Administrativa N° 001-2015-USDT-INSN-SB-V.01 "Control de Documentos, Formatos y Registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja"; asimismo, solicita su aprobación;

Que, mediante el Informe Legal N° 140-2015-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica opina que debe aprobarse la Directiva Administrativa N° 001-2015-USDT-INSN-SB-V.01 "Control de Documentos, Formatos y Registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja"; porque el Sistema de



Gestión de la calidad incluye la estructura organizativa, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios en todos los Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre; también incluye la planificación, el mejoramiento, el control, el aseguramiento y la garantía de la calidad, comprendidos en el enfoque de sistema;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Administración, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, de la Sub Unidad del Soporte al Tratamiento; y, de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad con lo previsto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley N° 26454, aprobado por Decreto Supremo N° 03-95-SA, en la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA; y, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la Directiva Administrativa N° 001-2015-USDT-INSN-SB-V.01 "Control de Documentos, Formatos y Registros del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja".

ARTÍCULO SEGUNDO.- Designar al Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre como el encargado de la implementación del Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados – Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre.

ARTÍCULO TERCERO.- Designar a la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, y a la Unidad de Gestión de la Calidad, como las unidades a cargo de evaluar el cumplimiento del presente Manual.

ARTÍCULO CUARTO.- Disponer la publicación en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja
[Handwritten Signature]
Dra. Zulema Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL



TG/JCRG/kfs

- Distribución
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Administración
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Planeamiento y Presupuesto
- () Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento
- () Sub Unidad del Soporte al Tratamiento
- () Archivo







PERÚ

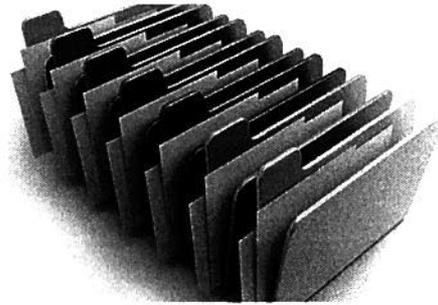
Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA

“CONTROL DE DOCUMENTOS, FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL INSN-SAN BORJA”

2015

<u>Elaborado por</u>	<u>Revisado por</u>	<u>Aprobado por</u>
Sevicio de Hemoterapia y Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none"> • Sub Unidad de Soporte al Diagnóstico • Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento • Unidad de Planeamiento Estratégico • Unidad de Gestión de la Calidad 	Dirección General Dra. Elizabeth Zulema, Tomas Gonzáles







DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 001 - 2015- USDT- INSN SB-2015 - V.01

“CONTROL DE DOCUMENTOS, FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL INSN-SAN BORJA”

HBS-DCD-D12-V01

I. FINALIDAD

La finalidad de la presente Directiva es la de estandarizar y mejorar la elaboración y control de los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-SAN BORJA, de acuerdo a la normativa vigente del PRONAHEBAS y del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

II. OBJETIVOS

Definir los criterios y metodología para la elaboración y control de los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del INSN-San Borja.

IV. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA – Reglamento de la Ley del MINSAL.
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, Aprueba las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS)
- Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.







V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES

Documentos: Constituyen la normativa que permitirá el mejor desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, cuya aplicación comprende todas las áreas del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, las mismas que se han elaborado en base a los últimos conocimientos de la medicina transfusional cumpliendo con la normativa actual vigente.

Registros: Son aquellos donde se recopila toda la información generada por los formatos, producto de la labor asistencial y administrativa diaria del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

Formatos: Constituyen la herramienta directa donde se recolecta toda la información generada por Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, la misma que también sirve para compartir información de los procesos con las áreas clínicas del Instituto y los demás usuarios internos y externos, y alimentan diariamente los registros.

5.2. CONSIDERACIONES

5.2.1. Estructura: La estructura de los procedimientos es la siguiente:

- **Documentos:** El responsable de elaborar el documento deberá seguir la estructura a utilizar de acuerdo a los lineamientos del PRONAHEBAS y del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, la información a contener dependiendo del documento incluirá: título, versión, número de páginas, equipo técnico y servicio que lo elabora, revisan y aprueban, las fechas de elaboración, revisión y aprobación y la información propiamente dicha de acuerdo al tipo de documento.
- **Registros:** No tienen estructura fija, pero como mínimo deben tener título. El tipo de registro y su elaboración deberá estar acorde a las directivas del PRONAHEBAS.
- **Formatos:** No tienen estructura fija, pero como mínimo deben tener título. El tipo de formato y su elaboración deberá estar acorde a las directivas del PRONAHEBAS.



Handwritten signature





5.2.2. Identificación y elaboración de los documentos

- Cada documento deberá estar producido por una actividad concreta y ser resultado de un mismo proceso.
- Los documentos deberán tener una estructura y contenido informativo homogéneo, salvo los formatos u registros, cuya estructura dependerá de la necesidad de información del área.
- Todo documento, formato y registro recién confeccionado se enumerará como versión **V01** y cada vez que se modifique aumentará el número de versión.
- Deben ser legibles. No debe haber tachaduras ni anotaciones a mano. Es responsabilidad de los usuarios mantenerlos en perfectas condiciones.

5.2.3. Codificación: La codificación utilizada será la siguiente:

AA-BB-CDD-V#

- AA : Servicio
- BB : Iniciales del documento
- C : Documento, Formato ó Registro (D) (F) (R)
- DD : Número correlativo
- V# : Versión del documento

Tabla 1. Codificación por tipo:

Codificación	Código
DOCUMENTO	D
REGISTRO	R
FORMATO	F

Tabla 2. Codificación por Servicio

Área	Código
Hemoterapia y Banco de Sangre	HBS



2017





5.2.4. Aprobación:

La responsabilidad de la aprobación será de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, para lo cual deberá tener la opinión favorable de acuerdo al tipo de documento, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Unidad de Planeamiento, de la Unidad de Soporte al Diagnóstico u otras áreas designadas para tal fin, quienes realizarán la revisión, corrección y modificaciones necesarias en coordinación con la jefatura del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

Una vez aprobado el documento, se autoriza su implementación.

De tener alguna observación la Dirección General al documento, lo devolverá al responsable de la revisión quien a su vez coordinará con los elaboradores del mismo, indicándole tales observaciones y sugerencias respectivas.

Para la aprobación el documento debe tener los vistos del área que propone el documento y de los revisores, La Resolución Directoral la visa el aprobador y revisor como mínimo.

5.2.5. Implementación:

Todo documento podrá ser implementado formalmente al día útil siguiente de haber sido aprobado. Los usuarios deben implementar lo dispuesto en el documento y mantenerlo disponible en los lugares que se llevan a cabo las actividades y se mantengan legibles e identificables.

5.2.6. Control Cambios del documento:

Todos los usuarios del sistema son responsables de sugerir cambios a los documentos cuando lo consideren necesario. Los cambios deberán estar identificados, así como el estado de revisión actual.

El control de los cambios será asumido por el equipo técnico del servicio designado para tal fin, los mismos que tendrán en cuenta las sugerencias de todos los usuarios.

La aprobación del cambio de documento formato o registro será canalizado a través de la Unidad de Gestión de la Calidad para el control respectivo.

Se impedirá el uso involuntario de documentos obsoletos, realizando el cambio oportunamente.



246





5.2.7. Almacenamiento y Acceso a los documentos:

Se almacenará los documentos asegurando su autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad durante el periodo de tiempo necesario.

Para la destrucción de los documentos requerirá de la autorización del Jefe de Servicio, sustentado en la aprobación del documento que reemplazará.

Los documentos son de libre disponibilidad del Personal del Instituto, pudiendo acceder a ella mediante la página web Institucional.

Los Formatos y Registros se mantendrán en las áreas que usan, para acceder a ellas, deberá solicitar autorización al Jefe de Servicio.

5.2.8. Plazos de conservación:

Se conservará los registros y formatos que evidencien las actividades y las decisiones pasadas y presentes de la organización, cumpliendo con los requisitos legales y normativos y teniendo en cuenta la necesidad del Instituto.

Culminado el plazo de conservación de los documentos, se aplicará la disposición final del mismo (eliminación, conservación permanente, transferencia a otro sistema archivístico). No se deberá llevar a cabo ninguna acción de disposición sin autorización y sin haber comprobado previamente que el documento ya no tiene valor para la organización, y que no existe ninguna acción pendiente que implique la utilización del documento.

Verificado lo anterior, se eliminará, lo antes posible y de manera segura y sistemática, los documentos que han perdido su utilidad y que carecen de valor para el Instituto.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

1.1. Procedimientos para la Identificación, almacenamiento, protección tiempo de retención y disposición de Documentos, Registros y Formatos.

Procedimientos para Documentos:

- o Manual de Organización y Funciones: Manual que define y establece las responsabilidades, atribuciones, funciones, relaciones internas y externas y los requisitos de los cargos establecidos en el Cuadro para Asignación de Personal Provisional y contribuir al







cumplimiento de los objetivos funcionales establecidos en el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

Su Elaboración, Aprobación, Difusión, Actualización, Protección y Vigencia se registrará bajo la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la Salud aprobada con R.M. N°526-2011/MINSA.

- o **Manual de Calidad:** Manual que contiene la descripción del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, en concordancia con lo establecido por las normas nacionales y los estándares de calidad internacionales señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el PRONAHEBAS.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 01
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

- o **Plan de mejoramiento Continuo de la Calidad:** Plan en el cual se identifican los problemas del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre, se elaboran las propuestas de mejoramiento, los resultados esperados y las actividades, que permitirán alcanzar los objetivos de acuerdo a cada uno de los 10 elementos de Gestión de calidad del PRONAHEBAS.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 02
 2. Actualización: Anual (Se realizará un nuevo proyecto de mejora conforme a la evaluación de la satisfacción de los usuarios u otros criterios que evidencie la necesidad de mejora)







- **Manual de Bioseguridad:** Manual en el cual se establecen las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos y determina la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos, así mismo se establecen los lineamientos para llevar a cabo programas de educación continua.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 04
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

- **Plan Anual de Capacitación:** Plan que tiene como objetivo mejorar las capacidades profesionales del componente humano del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja. Las necesidades de capacitación alternativamente también pueden estar contenidas dentro del Plan de Desarrollo de Personas – PDP del Instituto.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 05
 2. Actualización: Anual
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con acceso bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; el original se mantendrá en los archivos del Banco de Sangre por un periodo de 1 año, luego del cual se trasladará al archivo institucional.







3. **Protección:** Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. **Disposición:** Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.
- o **Manual de Procedimientos Operativos Estándar:** Manual elaborado con el objetivo de unificar, estandarizar y de brindar una herramienta para una adecuada aplicación de las metodologías utilizadas en la labor asistencial del SERVICIO DE HEMOTERAPIA y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. En general un procedimiento define "qué se debe hacer", "quien lo debe hacer", "cuando" y "en donde" se debe realizar. El Manual va dirigido para el personal asistencial del Instituto como también para aquellos en proceso de formación, convirtiéndose en una guía de referencia en el campo de la Medicina Transfusional.
1. **Identificación:** Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 03
 2. **Actualización:** Cada 02 Años, sin embargo en caso de incluir algún nuevo procedimiento en la cartera de servicios deberá actualizarse inmediatamente.
 3. **Protección:** Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. **Disposición:** Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.







- Plan de Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre: Plan cuyo objetivo es promover la donación voluntaria de sangre en la población teniendo como facilitadores a Instituciones Públicas y privadas para incrementar el porcentaje de unidades de sangre captadas de donantes voluntarios.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 06
 2. Actualización: Anual
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con acceso bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; el original se mantendrá en los archivos del Banco de Sangre por un periodo de 1 año, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

- Manual para la Administración de Sangre y Hemocomponentes: El presente Manual no es sólo un instrumento sobre como transfundir, sino que pretende influir en la cultura básica de la Medicina Transfusional de nuestros profesionales incorporando la reflexión sobre conceptos esenciales en la utilización de un material fundamental y escaso que son los hemocomponentes.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 07
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.







- Manual de Control de Calidad: El Manual de Control de Calidad, es un documento informativo, donde se detallan una serie de pasos de un sistema que intentará vigilar la calidad del trabajo, es una descripción del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, que está en concordancia con lo establecido por las normas del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Perú (PRONAHEBAS), y los estándares de calidad internacionales señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 08
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

- Manual del Procedimiento de Colecta por Aféresis de Células Progenitoras Hematopoyéticas: Manual que establece la secuencia de pasos y procedimientos para la realización del proceso de colecta de progenitores hematopoyéticos por aféresis, utilizadas para trasplantes de los mismos.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 09
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.







4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.
- **Plan de Contingencia:** Este Plan tiene la finalidad de mejorar los niveles de protección y seguridad del personal en general, así como de los ambientes del Banco de Sangre frente a emergencias naturales y/o antrópicas previsibles de probable o cercana ocurrencia, asegurando la respuesta oportuna y adecuada ante la eventualidad de emergencias y desastres que se puedan originar.
1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 10
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en el Área de gestión de Riesgos, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos del Área de gestión de Riesgos y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.
- **Manual de Procedimientos:** El Manual de Procedimientos – MAPRO, es un documento descriptivo y de sistematización normativa, que posee un carácter instructivo e informativo, que busca facilitar y asegurar la rápida orientación del personal, reduciendo al mínimo su periodo de adaptación, rapidez, uniformidad y precisión en el trabajo, determinándose como premisa los niveles de producción organizacional. Este documento también contiene de forma detallada, las acciones que se rigen en la ejecución de los procesos, en el cual se encontrará la descripción de actividades que deben de seguirse para la realización de las funciones de una unidad orgánica, y que para una mejor familiarización se ha graficado, bajo los criterios de Diagrama de Flujo.







Su Elaboración, Aprobación, Difusión, Actualización, Protección y Vigencia se registrá bajo la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la Salud aprobada con R.M. N°526-2011/MINSA.

- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Hemorragias Masivas: La finalidad de la guía es contribuir a un manejo oportuno y adecuado de los pacientes con hemorragias masivas, acorde con el conocimiento científico actual en terapia transfusional buscando su rápida recuperación.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 11
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Unidad de Gestión de la Calidad, 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con accesos bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como también libre acceso a través de la página web de Instituto.
 4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; los originales se mantendrán en los archivos de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

- Directiva Administrativa Control de Documentos, Formatos y Registros: La finalidad de la presente Directiva es la de estandarizar y mejorar la elaboración y control de los documentos, registros y formatos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre de acuerdo a la normativa vigente del PRONAHEBAS y del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, catalogado como Documento (D) y correspondiéndole el número 12
 2. Actualización: Cada 02 Años
 3. Protección: Se mantendrán 01 Original en la Jefatura del Banco de Sangre con acceso bajo autorización, 01 copia de acceso libre para todo el personal del servicio, como







también libre acceso a través de la página web de Instituto.

4. Disposición: Cuando no esté vigente se eliminarán las copias y se reemplazarán por la última versión; el original se mantendrá en los archivos del Banco de Sangre por un periodo de 2 años, luego del cual se trasladará al archivo institucional.

Procedimientos para Registros:

- o Registros del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre: Los registros están constituidos por Libros, Cuadernos u otros similares en los cuales se almacena la información producida día a día de acuerdo a la normativa vigente del PRONAHEBAS.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, con las iniciales de acuerdo a cada Registro específico, catalogados como Registros (R) y correspondiéndoles secuencia numérica a cada uno de ellos.
 2. Actualización: Los registros son actualizados físicamente una vez se hayan llenado todos los folios disponibles para tal fin. El cambio de versión dependerá de la normativa vigente.
 3. Protección: El registro será llenado únicamente por el personal autorizado para tal fin, será ubicado en área con acceso restringido y protegido de toda condición que pueda deteriorarlo.
 4. Disposición: Se almacenará de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente del PRONAHEBAS.

Procedimientos para Formatos:

- o Formatos del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre: Los formatos constituyen el almacenamiento directo de toda la información generada en los procesos individuales del Banco de Sangre, la misma que también sirve para compartir información de los procesos con las áreas clínicas del Instituto y los demás usuarios internos y externos de ser necesario, y alimentan diariamente a los registros.
 1. Identificación: Proceder según punto 5.2.3, con las iniciales de acuerdo a cada Formato específico, catalogados como Formatos (F) y correspondiéndoles secuencia numérica a cada uno de ellos.
 2. Actualización: Los formatos son de un solo uso de acuerdo a cada proceso. El cambio de versión dependerá de la normativa vigente.







3. Protección: Los formatos serán llenados únicamente por el personal autorizado para tal fin, ubicados en áreas con acceso restringido, y/o historia clínica de los pacientes, y protegidos de toda condición que pueda deteriorarlos.
4. Disposición: Se almacenará de acuerdo a lo estipulado por la normativa vigente del PRONAHEBAS.

VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La Dirección General es responsable de aprobar la presente Directiva.
- 7.2 El Jefe de Departamento de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento es responsable de elevar la propuesta de directiva a la Dirección General para su aprobación.
- 7.3 El Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, es responsable de emitir opinión técnica favorable de la presente Directiva.
- 7.4 La Jefatura del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre es responsable de cumplir y hacer cumplir la presente Directiva, además de proponer su actualización.
- 7.5 Responsable de Calidad del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre es responsable de asegurar el cumplimiento de la presente directiva y evaluar su aplicación.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

La elaboración de los documentos, el contenido del mismo y su aprobación requerirán la participación multidisciplinaria de las diferente áreas orgánicas del Instituto como la Unidad de Gestión de la Calidad, la Unidad de Planeamiento, Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, Equipo de Recursos Humanos y otras que por el ámbito de su competencia estén involucrados directamente con los documentos, las cuales conjuntamente y coordinadamente con el equipo técnico del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre serán responsables de su implementación.

El archivo, la custodia y la posterior eliminación de documentos, registros y formatos se realizaran de acuerdo a las normas vigentes tanto del PRONAHEBAS, como las propias del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.





IX. VIGENCIA

La presente Directiva tiene vigencia de 2 años a partir de la fecha de su aprobación.

X. ANEXOS







ANEXO N° 1 Control Maestro de Documentos del SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL INSN-SB

N°	CÓDIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	RESPONSABLE	ACCESO ORIGINAL	ACCESO COPIA	UBICACIÓN ORIGINAL	UBICACIÓN COPIA	TIEMPO DE REVISIÓN
1	*	MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	**
2	HBS-MCL-D01-V01	MANUAL DE CALIDAD	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
3	HBS-PMC-D02-V01	PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	01 AÑO
4	HBS-POE-D03-V02	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDAR	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
5	HBS-MBS-D04-V02	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
6	HBS-PAC-D05-V01	PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	01 AÑO
7	HBS-PDV-D06-V01	PLAN DE PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	01 AÑO
8	HBS-MAS-D07-V01	MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES	JEFATURA ÁREAS CLÍNICAS	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL ÁREAS CLÍNICAS	JEFATURA ÁREAS CLÍNICAS	ÁREA DE TRABAJO ÁREAS CLÍNICAS	02 AÑOS
9	HBS-MCC-D08-V01	MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
10	HBS-MPH-D09-V01	MANUAL DEL PROCEDIMIENTO DE COLECTA POR AFÉRESIS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
11	HBS-PCG-D10-V01	PLAN DE CONTINGENCIA	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS
12	*	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	**
13	HBS-GHM-D11-V01	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE HEMORRAGIAS MASIVAS	JEFATURA ÁREAS CLÍNICAS	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL ÁREAS CLÍNICAS	JEFATURA ÁREAS CLÍNICAS	ÁREA DE TRABAJO ÁREAS CLÍNICAS	02 AÑOS
14	HBS-DCD-D12-V01	DIRECTIVA ADMINISTRATIVA CONTROL DE DOCUMENTOS, FORMATOS Y REGISTROS	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	02 AÑOS

* Se registró bajo la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la Salud aprobada con R.M. N°526-2011/MINSA.

** Se registró bajo la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de la Salud aprobada con R.M. N°526-2011/MINSA.







ANEXO N° 2 Control Maestro de Registros del SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL INSN-SB

N°	CÓDIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ACCESO ORIGINAL	ACCESO COPIA	UBICACIÓN ORIGINAL	UBICACIÓN COPIA	TIEMPO DE REVISIÓN
1	HBS-LRD-R01-V01	LIBRO REGISTRO DE DONANTES	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
2	HBS-LRP-R02-V01	LIBRO REGISTRO DE POSTULANTES Y DONANTES	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
3	HBS-LPT-R03-V01	LIBRO REGISTRO DE PACIENTES	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
4	HBS-RIE-R04-V01	INVENTARIO DE EQUIPOS	JEFATURA	CON AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREAS DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS





Handwritten scribbles and faint markings at the bottom center of the page.



ANEXO N° 3 Control Maestro de Formatos del SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y Banco de Sangre del INSN-SB

N°	CÓDIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL FORMATO	RESPONSABLE	ACCESO ORIGINAL	ACCESO COPIA	UBICACIÓN ORIGINAL	UBICACIÓN COPIA	TIEMPO DE REVISIÓN
1	HBS-FSP-F01-V02	FORMATO DE SELECCIÓN DEL POSTULANTE	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ARCHIVOS ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
2	HBS-FPO-F02-V01	FICHA DE PERFIL OCUPACIONAL	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
3	HBS-MPE-F03-V01	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA EQUIPOS	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
4	HBS-FTE-F04-V01	FICHA TÉCNICA DE EQUIPO	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA EQUIPOS	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
5	HBS-FCP-F05-V01	FICHA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
6	HBS-IDA-F06-V01	INTERCONSULTA DONACIÓN AUTÓLOGA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA ASISTENCIAL HISTORIA CLÍNICA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
7	HBS-FDA-F07-V01	FORMATO DONACIÓN AUTÓLOGA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ARCHIVOS ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
8	HBS-CIP-F08-V01	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL POSTULANTE	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ARCHIVOS ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
9	HBS-FUA-F09-V01	FORMATO DE REGISTRO DE UNIDADES ALMACENADAS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
10	HBS-STF-F10-V01	SOLICITUD TRANSFUSIONAL	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
11	HBS-STU-F11-V01	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE UNIDADES	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
12	HBS-CTU-F12-V01	CONSTANCIA DE TRANSFERENCIA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
13	HBS-CIR-F13-V01	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO HISTORIA CLÍNICA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
14	HBS-IRA-F14-V01	INFORME RESULTADOS DE ANALISIS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	C. AUTORIZACIÓN	DONANTE ARCHIVOS	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
15	HBS-INC-F15-V01	INFORME DE NO CONFORMIDAD	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
16	HBS-RRA-F16-V01	REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO HISTORIA CLÍNICA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
17	HBS-FEI-F17-V01	FICHA DE EVALUACIÓN INTERNA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
18	HBS-IMP-F18-V01	INFORME APLICACIÓN MEDIDA PREVENTIVA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS







ANEXO N° 3 Control Maestro de Formatos del SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y Banco de Sangre del INSN-SB (Continuación)

N°	CÓDIGO DEL DOCUMENTO	NOMBRE DEL FORMATO	RESPONSABLE	ACCESO ORIGINAL	ACCESO COPIA	UBICACIÓN ORIGINAL	UBICACIÓN COPIA	TIEMPO DE REVISIÓN
19	HBS-IMC-F19-V01	INFORME APLICACIÓN MEDIDA CORRECTIVA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	JEFATURA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
20	HBS-FRU-F20-V01	FORMATO RECLAMO DE USUARIOS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA RESPONSABLE CALIDAD	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
21	HBS-MPE-F21-V01	ACTA DE ELIMINACIÓN DE UNIDADES	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA RESPONSABLE CALIDAD	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
22	HBS-HCT-F22-V01	HOJA DE CONDUCCIÓN TRANSFUSIONAL	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	JEFATURA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
23	HBS-TEU-F23-V01	TARJETA DE ENVÍO DE UNIDADES	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	HISTORIA CLINICA	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
24	HBS-FPA-F024-V01	FORMATO DE PROCEDIMIENTO DE AFERESIS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA ASISTENCIAL	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
25	HBS-FAE-F025-V01	FICHA DE AUTOEXCLUSIÓN CONFIDENCIAL	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ARCHIVOS	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
26	HBS-FCT-F026-V01	FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
27	HBS-CAT-F027-V01	CONSTANCIA D EATENCIÓN	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	EQUIPOS EN CADENA DE FRIO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
28	HBS-CIA-F028-V01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE AFERESIS	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ÁREA DE TRABAJO	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
29	HBS-CICP-F029-V01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE COLECTA DE CPH	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	SIN COPIA	ARCHIVOS	SIN COPIA	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
30	HBS-EDCP-F030-V01	REPORTE DE LA EVALUACIÓN DEL DONANTE DE CPH	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	ÁREA DE TRABAJO	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
31	HBS-RIN-F031-V01	REPORTE DE ESTUDIO INMUNOHEMATOLÓGICO DE COMPATIBILIDAD DONANTE-RECEPTOR	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	HISTORIA CLINICA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS
32	HBS-RFCP-F032-V01	REPORTE FINAL DE COLECTA DE CPH	JEFATURA	C. AUTORIZACIÓN	TODO EL PERSONAL	HISTORIA CLINICA	ÁREA DE TRABAJO	DE ACUERDO A NORMATIVA PRONAHEBAS



