



PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN INMUNOHEMATOLOGIA

CLAVE ÚNICA DE PARTICIPACIÓN (CUP) _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION _____

ESTADO _____

RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE (Nombre y Firma): _____

REALIZO (Nombre y Firma): _____ FECHA _____

MARQUE CON UN TACHE (X) DENTRO DEL RECUADRO CORRESPONDIENTE SU RESPUESTA

Grupo Sanguíneo ABO		RhO (D)	GPO/RH	Métodos Utilizados	
Directo	Subtipo A			Tubos	Microplacas
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se realiza	A1 + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> A2 - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se realiza	<input type="checkbox"/> + RH <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> No se realiza		<input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Placas Otros: <input type="checkbox"/> Perlas de Cristal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Microplacas <input type="checkbox"/> Gel Test <input type="checkbox"/> Perlas de Cristal

Fenotipo Rh	Fenotipo Kell	Semi-Panel = Rastreo = COOMBS INDIRECTO	Métodos Utilizados	
C c E e + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> No se realiza	K <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> No se realiza	I II III + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se realiza	<input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Placas Otros: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Microplacas <input type="checkbox"/> Gel Test <input type="checkbox"/> Perlas de Cristal

IDENTIFICACIÓN DE **ANTICUERPOS IRREGULARES** RESULTADO : _____

Rh			Kell				Duffy					
D	C	c	E	e	K	k	Kpa	Kpb	Jsa	Jsb	Fya	Fyb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidd		Lewis		P	Luth		MNS					
Jka	Jkb	Lea	Leb	P1	Lua	Lub	M	N	S	s		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Métodos utilizados para la Identificación de Anticuerpos Irregulares

<input type="checkbox"/> Albuminoso - Tubo	Liss - Gel test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OTROS
<input type="checkbox"/> Salino - Tubo	Liss - Microplacas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Liss - Tubo	PEG Perlas de cristal	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PEG (Polietilenglicol)			<input type="checkbox"/> NO SE REALIZA

Coombs Directo	Metodos utilizados COOMBS DIRECTO	
<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Tubo Microplacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perlas de Cristal Gel Test <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> No se realiza	

OBSERVACIONES: NO REALIZAR GPO. INVERSO - NO REALIZAR PRUEBA CRUZADA

RECUERDE ENVIAR ESTE FORMATO DE INMUNOHEMTOLOGIA POR INTERNET:
cceinmuno.cnts@gmail.com NO ENVIAR FAX