

Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica

Procesos estandarizados de los servicios de Laboratorio Clínico CCSS

Dirección de Desarrollo de Servicios De Salud Área de Regulación y Sistematización Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos

Dirección Proyección de Servicios de Salud Área Soporte Estratégico a los Servicios de Salud Sub área Control y Evaluación

Abril 2012

Caja Costarricense Del Seguro Social	Gerencia Médica	Nombre: "Procesos Estandarizados" Servicios de Laboratorio Clínico	Código: GM-CI-PE-002	
Solicitud de cambio N°:	Fecha de aprobación: 17 de abril 2012	Rige a partir de: 01 de mayo 2012	Página:	Versión:

Elaboración	Unidad		
Dra. Marlen Campos Calvo	Hospital Nacional de Niños		
Dra. Patricia González Escalante	Hospital San Juan de Dios		
Dra. Hazel Mairena Aburto	Hospital Los Chiles		
Dr. Sebastián Molina Ulloa	Banco Nacional de Sangre		
Dra. Elanz Ortíz Solano	Hospital Nacional de Niños		
Dra. Patricia Salas Abarca	Área de Salud Tibás- Uruca-Merced		
Dra. Irene Villegas Villarreal	Dirección Regional Chorotega		

Revisión técnica y metodológica	Unidad	Fecha	Firma
Dra. Vilma Carvajal Gutiérrez	Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos, ARSDT.	26-4-12	Cart 14
Ing. Andrey Mora Bermúdez	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	26-4-12	Mun Mun Buy
MBA. Sonia Torres Montero	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	23/4/12	1/600
Ing. Selenia Ramírez Paniagua	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	23/01/12	

Aval administrativo	Unidad	Fecha	Firma
Dra. María Eugenia Villalta Bonilla	Gerencia Médica	25/04/12	110
Dr. José Miguel Rojas Hidalgo	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	26/04/12	A STA
Dr. Mario Mora Ulloa	Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento	26-4-12	1 C.S.S
Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	23/4/12	ny de la Que 03

TABLA DE CONTENIDO

Página

1.	Pres	sentacio	ón		4
2.	Met	todolog	ía		5
3.	Pro	cesos es	standariza	ados	7
	3.1	Macro	proceso:	Gestión técnica de laboratorio clínico	9
		3.1.1	Proceso	: Gestión pre-analítica de laboratorio clínico	14
			3.1.1.1	Procedimiento: Toma de muestras	22
		3.1.2	Proceso	: Gestión analítica de laboratorio clínico	28
		3.1.3	Proceso	: Gestión post-analítica de laboratorio clínico	36
	3.2	Macro	proceso:	Gestión técnica de servicios de sangre	42
				: Gestión pre-analítica de laboratorio clínico	
			3.2.1.1	Procedimiento: Promoción de la donación	55
		3.2.2	Proceso	: Gestión analítica de servicios de sangre	60
		3.2.3	Proceso	: Gestión post-analítica de servicios de sangre	65

1. Presentación

La Ley de Control Interno establece la obligatoriedad de que los titulares subordinados tengan identificados, levantados y documentados sus procesos de trabajo, razón por la cual, la Institución giró las instrucciones necesarias para cumplir con lo indicado y a partir del año 2006, la Dirección de Sistemas Administrativos elaboró una metodología, con sus correspondientes instrumentos y guías de uso, para unificar la forma en que se debía realizar el levantado de los procesos y se impartió la capacitación requerida.

Todos los titulares subordinados, para cumplir con lo instruido, iniciaron la tarea cada cual según sus conocimientos y criterio técnico, lo cual culminó en la proliferación de procesos del mismo tipo, levantados de forma diferente y con diferente nombre.

Debido a lo anterior, la Gerencia Médica definió para el año 2011 como una prioridad, la estandarización de procesos por disciplina y tipo de establecimiento según complejidad y se estableció como punto de partida, los procesos sustantivos que realizan los servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento, entre ellos los de Laboratorio Clínico.

Los procesos de los servicios de Laboratorio Clínico de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fueron elaborados para homologar las actividades que ejecutan los microbiólogos y el personal técnico en dichos servicios, en de los diferentes niveles de atención, con el fin de que se realicen análisis oportunos y de calidad al usuario de la CCSS.

Estos procesos se identificaron y estandarizaron con la conducción técnica de la Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos (perteneciente al Área de Regulación y Sistematización de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud), como parte del proyecto de estandarización de los servicios. Para realizar esta labor se conformó un Equipo de Calidad integrado por especialistas en Gestión de Calidad, además los procesos se validaron con microbiólogos provenientes de los diferentes niveles de atención. Otro actor clave en este proceso fue la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, la cual como responsable de Control Interno en la Gerencia Médica, estuvo a cargo de la conducción metodológica del mismo.

2. Metodología

La identificación y estandarización de los procesos sustantivos de Laboratorio Clínico se realizó de manera conjunta entre las Direcciones de Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, con apoyo de profesionales de esta disciplina, representantes de los diferentes niveles de atención. El trabajo se dividió en 3 etapas:

Primera etapa:

Propuesta de Procesos

Se conformó un equipo de Calidad integrado por microbiólogos especialistas en Gestión de Calidad, el cual fue conducido por la Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico con la asesoría del ingeniero industrial del Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento de la DDSS. Este equipo elaboró una propuesta base de procesos sustantivos de la disciplina, a partir de los insumos que en materia de levantamiento de procesos habían aportado los servicios de laboratorio de los diferentes niveles de atención.

Participantes

Nombre	Unidad de trabajo
Vilma Carvajal Gutiérrez	Coordinadora de Servicios de Laboratorios Clínicos. Área de Regulación y Sistematización, DDSS.
Patricia Salas Abarca	Área de Salud Tibás- Merced-Uruca
Marlen Campos Calvo	Hospital Nacional de Niños.
Elanz Ortiz Solano	Hospital Nacional de Niños
José Luis Salas Oviedo	Laboratorios Clínicos, Área de Regulación y Sistematización, DDSS
Ana Lorena Torres Rosales	Laboratorios Clínicos, Área de Regulación y Sistematización, DDSS
Andrey Mora Bermúdez	Área de Regulación y Sistematización, DDSS

Segunda etapa:

Talleres de presentación, revisión y ajuste de procesos.

Se realizaron dos talleres, con la participación de profesionales en microbiología de las Áreas de Salud, un representante de las direcciones regionales, representantes de hospitales nacionales y de hospitales periféricos. En ambos talleres se trabajó bajo la conducción metodológica de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, y mediante la aplicación de la metodología participativa y trabajo en equipo, se realizó la revisión de la propuesta de los macro procesos, procesos y procedimientos de laboratorio, a los cuales se le se le incorporaron ajustes de acuerdo con el criterio técnico de los profesionales.

Participantes

Nombre	Unidad de trabajo
Dra. Patricia Salas Abarca	Área de Salud Tibás- Merced-Uruca
Dra. Hazel Mairena Aburto	Hospital Los Chiles
Dra. Patricia González Escalante	Hospital San Juan de Dios
Dra. Elanz Ortiz Solano	Hospital Nacional de Niños
Dr. Sebastián Molina Ulloa	Banco Nacional de Sangre
Dra. Marlen Campos Calvo	Hospital Nacional de Niños
Dra. Irene Villegas Villarreal	Dirección Regional Chorotega
Dra. Vilma Carvajal Gutiérrez	Coordinadora de Servicios de Laboratorios Clínicos. Área de Regulación y Sistematización, DDSS.
Dr. José Luis Salas Oviedo	Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos, ARSDT
Dra. Ana Lorena Torres Rosales	Coordinación Nacional de Laboratorios Clínicos, ARSDT
Ing. Andrey Mora Bermúdez	Área de Regulación y Sistematización, DDSS
Licda. Sonia Torres Montero	Dirección de Proyección de Servicios de Salud
Ing. Selenia Ramírez Paniagua	Dirección de Proyección de Servicios de Salud

Tercera etapa:

Validación y oficialización de procesos

Finalmente la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, responsable de Control Interno en la Gerencia Médica, procedió a revisar el trabajo elaborado hasta el momento para hacer los ajustes metodológicos respectivos y proceder con la oficialización de los procesos.

Previo a la oficialización, los cambios en los procesos fueron validados por el equipo de calidad de laboratorio, así como por otros profesionales en microbiología de diferentes niveles de atención.

3. Procesos estandarizados

En el siguiente cuadro se presenta la estructuración de los procesos definidos para los servicios de laboratorio clínico de la CCSS.

Macro proceso	Proceso	Procedimientos	Observaciones
	Gestión pre-		*Incluye la recepción de documentos y muestras,
	analítica de		asignación de citas, toma de
	laboratorio clínico*		muestras, y distribución de muestras
		Química clínica	illuestras
		Hematología	
Gestión técnica	Gestión analítica	Bacteriología	
de laboratorio	de laboratorio	Parasitología	
clínico	clínico	Inmunología y serología	
Cililico	Cillico	Inmuno hematología	
		Diagnóstico molecular	
		Genética humana	
	Gestión post- analítica de		*Incluye el refrendo de
			resultados, la validación
			clínica, la entrega, el seguimiento y la vigilancia
	laboratorio clínico*		epidemiológica
	Gestión pre-		**Incluye la promoción de la
	analítica de		donación, la selección del
	servicios de		donante, la extracción y
	sangre**		fraccionamiento de la sangre
Gestión técnica	Gestión analítica		
de servicios de	de servicios de		
sangre	sangre		
	Gestión post-		
	analítica de		***Incluye la transfusión y
	servicios de		terapia, y la hemo vigilancia
	sangre***		

Cómo se observa en el cuadro anterior, se definieron dos macroprocesos, el primero corresponde a la gestión técnica de laboratorio clínico, el cual se ejecuta en todos los laboratorios de áreas de salud y hospitales de la CCSS, y el segundo a la gestión técnica de servicios de sangre, el cual se ejecuta en los laboratorios de hospitales que disponen de banco de sangre.

Cada uno de estos macroprocesos se divide en tres procesos, correspondientes a las fases pre-analítica, analítica y post-analítica.

El proceso de gestión pre-analítica de laboratorio incluye la recepción de documentos y muestras, la asignación de citas, la toma de muestras y la distribución de muestras.

El proceso de gestión analítica del laboratorio se divide en 8 procedimientos correspondientes a cada área analítica del laboratorio: química clínica, hematología, bacteriología, parasitología, inmunología y serología, inmunohematología, diagnóstico molecular, genética humana. Si bien es cierto este documento corresponde a la oficialización de los macroprocesos y sus procesos, en una etapa posterior deberán estandarizarse los procedimientos, mediante la elaboración de los manuales respectivos, ya que en estos se considera la especificidad por área analítica de los laboratorios de cada nivel de atención, de acuerdo con su complejidad.

El proceso de gestión post-analítica del laboratorio incluye el refrendo de resultados, la validación clínica, la entrega, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica.

Por otro lado, el proceso de gestión pre-analítica de servicios de sangre incluye la promoción de la donación, la selección del donante, la extracción y fraccionamiento de la sangre; mientras que el de gestión post-analítica incluye la transfusión y terapia, y la hemovigilancia.

Es importante mencionar que de acuerdo con el enfoque de procesos de la CCSS, y según la clasificación establecida, además de los procesos indicados, los servicios de laboratorio clínico desarrollan otros procesos no menos importantes, como por ejemplo la investigación y la docencia, y los correspondientes a la gestión administrativa, a la gestión de la calidad y a la conducción y dirección de cada servicio. Estos serán estandarizados en una etapa posterior, pero con la participación de equipos multidisciplinarios, por cuanto son procesos que se realizan en la mayoría de los servicios de un establecimiento de salud.

A continuación se presenta el levantamiento de los macroprocesos y los procesos de laboratorio clínico, para lo cual se utilizó la plantilla establecida institucionalmente para este fin.

3.1 Macroproceso: Gestión técnica de laboratorio clínico

	Gerencia Médica					
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital o Área de Salud					
Mat	Matriz para el levantamiento y documentación de Procesos.					
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico		Unidad Programática			
Nombre de proceso	Gestión Técnio Clínico	ca de Laboratorio	Código	SLC-001		
Clasificación de proceso	Complementario de aporte					
	Inicio					
El funcionario designado en ventanilla recibe y atiende a representante.			le al usuario o su			
Alcance	Termina					
	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, refrenda y entrega los resultados de los análisis a quién corresponda y da seguimiento a los casos que lo ameritan.					
Objetivo	Realizar análisis de laboratorio clínico que se ajusten a los estándares de calidad, con base en los conocimientos, métodos, procedimientos y mediante tecnología actualizada, con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los usuarios de los servicios de salud.			procedimientos y iir al diagnóstico y		
Responsable:		Participantes				
Director (a) del Labo	oratorio Clínico	Microbiólogo Químio	co Clínico			
		Funcionario designado en ventanilla (Asistente o Técnico en Tecnologías de la Salud)				
		Funcionario designado para la recepción, toma, y distribución de muestras (Microbiólogo o Técnico en Tecnologías de la Salud)				
		Funcionario designa validación, refrendo o Técnico en Tecnolo	y entrega de resulta			

Producto y/o servicio

Informe de resultados de los análisis de laboratorio clínico

Usuario

Usuario que requiere análisis de laboratorio clínico.

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo
Formularios institucionales	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis	Servicio de Laboratorio Clínico
Muestras	Paciente
Etiquetas adhesivas	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local
Insumos para toma de muestras (frascos recolectores, tubos para toma de muestras, portaobjetos, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Reactivos para la realización de los análisis	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales
Materiales para disposición final de desechos	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información
Equipo de oficina (computadoras, impresoras, lectores de código de barras, servidor del SI, etc.)	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales

Relación con otros procesos

SLC-001-01 Gestión pre-analítica del laboratorio.

SLC-001-02 Gestión analítica del laboratorio

SLC-001-03 Gestión post-analítica del laboratorio

SLC-001-04 Gestión técnica de servicios de sangre.

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Presupuesto)

Proceso de Atención Médica

Procesos de Registros de Salud (REDES)

Desc	ripción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El funcionario designado en ventanilla recibe y atiende al usuario o su representante
3	El funcionario designado recibe, toma y distribuye las muestras del usuario, según corresponda. Ver proceso SLC-001-01 (Gestión pre-analítica del laboratorio).
4	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, prepara las muestras, las analiza y valida los resultados. Ver proceso SLC-001-02 (Gestión analítica del laboratorio)
5	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, refrenda y entrega los resultados de los análisis a quién corresponda y da seguimiento a los casos que lo ameritan. Ver proceso SLC-001-03 (Gestión post-analítica del laboratorio).
6	Fin del proceso
Norm	nativa relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley N° 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta N° 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
6	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
7	Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Decreto Nº 30945-S. La Gaceta Nº 18 del 27 Enero 2003.
8	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
9	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
10	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.

Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 11 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002. Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la 12 calidad y la competencia". Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 13 celebrada el 22 de marzo del 2007. Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. 14 Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006. Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. 15 Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003. Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de 16 la CCSS. Año 2011. Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de 17 Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002. Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. 18 Mayo 2002. Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División 19 Administrativa. CCSS. Controles asociados al proceso Revisión, por parte del encargado de ventanilla, de que la toda la información de la 1 solicitud esté completa, según el procedimiento de recepción de documentos, asignación de citas y entrega de muestras. Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, de que las 2 condiciones de la muestra son aptas de acuerdo con los requerimientos del análisis. Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, de que las 3 muestras se distribuyan de acuerdo con el área que le corresponda. Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, de que los resultados del control de calidad de los insumos, equipos, instrumentos y métodos, son 4 satisfactorios. Revisión, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, de que los 5 resultados obtenidos coinciden con la clínica y datos aportados por el médico. Registro de entrega de reporte de examen. 6 Formularios relacionados con el proceso Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460 1 2 Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060 Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis (sin código) 3 4 Resultado Análisis General de Orina. Código 4-70-06-1920 5 División de Parasitología. Código 4-70-06-0740

	B. DIAGRAMA DE PROCESO					
Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado en ventanilla	Funcionario designado para la recepción, toma y distribución de muestras	Microbiólogo de Laboratorio Clínico o funcionario designado por este	Criterio de Calidad	
1	Inicio del Proceso	Inicio				
2	Recibe y atiende al usuario o su representante.					
3	Recibe, toma y distribuye las muestras del usuario según corresponda. Ver proceso SLC-001-01 (Gestión preanalítica del laboratorio).		→		Que la documentación esté completa y sea correcta. Que las muestras entregadas cumplan con los requerimientos según el análisis solicitado. Que todas las muestras se distribuyan de acuerdo con el área que le corresponda.	
4	Prepara las muestras, las analiza y valida los resultados Ver proceso SLC-001-02 (Gestión analítica del laboratorio)			—	Resultados del control de calidad de los insumos, equipos, instrumentos y métodos, son satisfactorios	
5	Refrenda y entrega los resultados de los análisis a quién corresponda y da seguimiento a los casos que lo ameritan. Ver proceso SLC-001-03 (Gestión postanalítica del laboratorio).				Que los resultados obtenidos coinciden con la clínica y datos aportados por el médico.	
6	Fin del proceso.			Fin		

3.1.1 Proceso: Gestión pre-analítica de laboratorio clínico

	Gerencia Médica			
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital o Área de Salud			
Matriz pa	ara el levantamien	to y docume	entación de Procesos.	
Dependencia	Servicio de Labora Clínico	atorio	Unidad Programática	
Nombre de proceso	Gestión pre-anali laboratorio	ítica del	Código	SLC-001-01
Clasificación de proceso	Complementario c	le aporte		
	Inicio			
	El funcionario documentos del us		en ventanilla recibe epresentante.	y revisa los
Alcance	Termina			
	El funcionario designado agrupa y distribuye las muestras de acuerdo a las divisiones, secciones o áreas analíticas del Servicio de Laboratorio Clínico.			
Objetivo	Recibir las solicitudes, gestionar las muestras y, cuando corresponda, otorgar las citas e instruir a los usuarios que requieren análisis por parte del laboratorio clínico, con el fin de agilizar el proceso y realizar los análisis de manera oportuna.			
Responsable:		Participant	es	
Director de Laboratorio Clínico		Funcionario designado en ventanilla (Asistente o Técnico en Tecnologías de la Salud)		
		Funcionario designado para toma de muestras (Microbiólogo o Técnico en Tecnologías de la Salud)		
Funcionario designado para la distribución muestras (Asistente o Técnico en Tecnologías la Salud)				
Producto y/o servicio				
Documentación recibida y citas otorgadas (cuando corresponda). Muestras recibidas y/o tomadas (cuando corresponda) Muestras agrupadas y distribuidas por área analítica				

Usuario o cliente

Usuario que requiere análisis de laboratorio clínico

Incomes reguesides	Drayandar(an) dal incuma		
Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo		
Formularios institucionales	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local		
Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis	Servicio de Laboratorio Clínico.		
Etiquetas adhesivas (según disponibilidad)	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local		
Muestras	Paciente		
Materiales para disposición final de desechos	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local		
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local		
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso		
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información		
Equipo de oficina (computadoras, impresoras, lectores de código de barras, servidor del SI, etc.)	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local		
Reloj marcador (según disponibilidad)	Servicio de Laboratorio Clínico.		
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales		

Relación con otros procesos

SLC-001.Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-001-01-01 Toma de muestras

SLC-001-02 Gestión analítica del laboratorio

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos,

Presupuesto)

Proceso de Átención Médica

Procesos de Registros de Salud (REDES)

Validación de Derechos

Descr	ipción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El funcionario designado en ventanilla recibe y revisa los documentos del usuario o su representante.
3	¿La solicitud y datos demográficos del usuario están completos de manera correcta? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 4, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5.
4	El funcionario designado en ventanilla solicita al usuario o su representante que realice los ajustes en la documentación aportada y la vuelva a presentar. Finaliza el proceso.
5	¿Se debe asignar cita al usuario? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7.
6	El funcionario designado en ventanilla asigna cita al usuario según los criterios establecidos por el Servicio de Laboratorio Clínico.
7	El funcionario designado en ventanilla genera la documentación interna para las divisiones, secciones o áreas analíticas del laboratorio según los análisis solicitados y entrega al usuario lo correspondiente.
8	El funcionario designado en ventanilla entrega y explica las indicaciones y requisitos previos para la toma de muestras, al usuario o su representante, en forma escrita y verbal.
9	¿Se requiere tomar muestras o recibir muestras del usuario? Si se requiere tomar muestras continúa con la actividad 10, si se requiere recibir muestras continúa con la actividad 11.
10	El funcionario designado para toma de muestras ejecuta el subproceso SLC-001-01-01 (Toma de muestras). Continúa con la actividad 20.
11	El funcionario designado en ventanilla verifica que los datos de la muestra recibida coincidan con los de la solicitud.
12	¿La identificación de la muestra coincide con la de la solicitud? Si la respuesta es negativa continua con la actividad 13, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 14.
13	El funcionario designado en ventanilla realiza la corrección en la identificación de la muestra y continúa el proceso.
14	El funcionario designado en ventanilla verifica los criterios pertinentes de aceptación de la muestra según el procedimiento establecido para cada tipo de muestra.

15	¿Las muestras cumplen con los criterios establecidos? Si la respuesta es negativa continua con la actividad 16, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 18.
16	El funcionario designado en ventanilla rechaza la muestra y luego la descarta siguiendo los lineamientos establecidos en las normas de bioseguridad.
17	El funcionario designado en ventanilla brinda las indicaciones pertinentes para que el usuario o su representante vuelva a presentar la muestra. Finaliza el proceso.
18	¿La solicitud o la muestra no han sido identificadas previamente? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 19, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 20.
19	El funcionario designado en ventanilla, una vez aceptada la muestra, asigna identificación univoca a la misma, según el procedimiento definido en cada Servicio de Laboratorio Clínico.
20	El funcionario designado en ventanilla traslada la muestra(s) al lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico para su distribución.
21	El funcionario designado para la distribución recibe las muestras en el lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.
22	El funcionario designado para la distribución verifica que los datos de la muestra recibida coincidan con los de la solicitud.
23	¿Los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 24, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 25.
24	El funcionario designado rechaza la muestra y sigue el procedimiento para hacer la corrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico. Finaliza el proceso.
25	El funcionario designado agrupa y distribuye las muestras de acuerdo a las divisiones, secciones o áreas analíticas del Servicio de Laboratorio Clínico.
26	Fin del proceso.

Norma	ativa relacionada con el proceso
1	Ley № 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
6	Ley Nº 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
7	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
8	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
9	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.
10	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
11	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
12	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
13	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
14	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
15	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
16	Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002.
17	Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Mayo 2002.
18	Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División Administrativa. CCSS.
Contr	oles asociados al proceso
1	Revisión, por parte del funcionario designado en ventanilla, que la solicitud y datos demográficos vengan completos correctamente.
2	Revisión, por parte del funcionario designado en ventanilla, que la muestra y la solicitud tengan el mismo número de expediente.
3	Revisión, por parte del funcionario designado en ventanilla, que la muestra cumpla con los criterios pertinentes de aceptación (volumen, apariencia, etc.).
4	Separación, por parte del funcionario designado en ventanilla, de la documentación interna por unidad funcional (sección, división o área analítica).
5	Revisión, por parte del funcionario designado para la distribución, de que identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud

Form	ularios relacionados con el proceso
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460
2	Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060
3	Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis (sin código)
4	Resultado Análisis General de Orina. Código 4-70-06-1920
5	División de Parasitología. Código 4-70-06-0740
6	Documentación interna (Vales o guías internas por sección, división o área analítica)
7	Solicitud blanca. Código 4-70-06-2010
8	Solicitud de misceláneos. Código 4-70-06-1400
9	Registro de envío de muestras. (sin código)

	B. Di	AGRAMA DE PROCESO	2		
Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado en ventanilla	Funcionario designado para toma de muestras	Funcionario designado para distribución de muestras	Criterio de Calidad
10	Inicio del proceso	Inicio			
2	Recibe y revisa los documentos del usuario o su representante.	Ļ			L11
3	¿La solicitud y datos demográficos del usuario están completos de manera correcta?	NO SI			Solicitud con todos los apartados necesarios llenos de manera correcta.
4	Solicita al usuario o su representante que realice los ajustes en la documentación aportada y la vuelva a presentar.				
5	¿Se debe asignar cita al usuario?	NO CEL			
6	Asigna cita al usuario según los criterios establecidos por e Servicio de Laboratorio Clínico.	J.Si			Citas asignadas en tiempo oportuno para que el médico cuente con la información que requiere para su diagnóstico
7	Genera la documentación interna para las secciones, divisiones o áreas analticas del laboratorio según los análisis solicitados y entrega al usuario lo correspondiente.				Muestras identificadas por sección o división, según tipo de exámen solicitado
8.	Entrega y explica las indicaciones y requisitos previos para la toma de muestras, al usuario o su representante, en forma escrita y verbal.				
9	¿Se requiere tomar muestras o recibir muestras del usuario?	TOMAR			
10	Ejecuta el subproceso SLC-001-01-01 (Toma de muestras).	RECIBIR	SLC-001.01-01		[
11	Verifica que los datos de la muestra recibida coincidan con los de la solicitud.		В		
12	¿La identificación de la muestra coíncide con la de la solicitud?	SI			Todas lá muestras coinciden con los datos de la solicitud
13	Realiza la corrección en la identificación de la muestra y continúa e proceso.				
14	Verifica los criterios pertinentes de aceptación de la muestra según el procedímiento establecido para cada tipo de muestra				

Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado en ventanilla	Funcionario designado para toma de muestras	Funcionario designado para distribución de muestras	Criterio de Calidad
15	¿Las muestras cumplen con los criterios establecidos?	SI NO			Que las muestras cumplan con los criterios de aceptación según el análisis solicitado
16	Rechaza la muestra y luego la descarta siguiendo los lineamientos establecidos en las normas de bioseguridad.				
17	Brinda las indicaciones pertinentes para que el usuario o su representante vuelva a presentar la muestra		A		
18	¿La solicitud o la muestra no han sido identificadas previamente?	NO NO			
19	Asigna identificación univoca a la misma, según el procedimiento definido en cada Servicio de Laboratorio Clínico.				Muestra identificada de manera unívoca
20	Traslada la muestra(s) al lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico para su distribución.		B		
21	Recibe las muestras en el lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.			——	
22	Verifica que los datos de la muestra recibida coincidan con los de la solicitud.			ightharpoons	
23	¿Los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud?			SI	Todos los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud.
24	Rechaza la muestra y sigue el procedimiento para hacer la corrrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico.				
25	Agrupa y distribuye las muestras de acuerdo a las secciones, divisiones o áreas analíticas del Servicio de Laboratorio Clínico.				Muestras distribuidas oportunamente a la sección del Laboratorio correspondiente.
26	Fin del proceso		A	Fin	

3.1.1.1 Procedimiento: Toma de muestras

	Gerencia Médica				
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital o Área de Salud				
Matri	z para el levanta	miento y documentación de	Procesos.		
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico Unidad Programática				
Nombre de proceso	Toma de muestras Código			SLC- 001-01- 01	
Clasificación de proceso	Procedimiento				
	Inicio				
	El funcionario designado para la toma de muestras le indica al usuario que ingrese al cubículo de toma de muestras.				
Alcance	Termina				
	El funcionario designado para la toma de muestras le indica al usuario que ingrese al cubículo de toma de muestras.				
Objetivo	Realizar el proceso de toma de muestras de manera oportuna, según los procedimientos y estándares de calidad, con el fin de facilitar el análisis de las mismas.				
Responsable		Participantes			
Director(a) de Laboratorio Clínico		Funcionario designado para la toma de muestras (Técnico o Diplomado en Tecnologías de la Salud)			
		Microbiólogo Químico Clínico			
Producto y/o servicio					
Muestras obtenidas.					
Usuario o cliente	Usuario o cliente				
Usuario que requiere la toma de muestras.					

Proveedor(es) del insumo
Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Servicio de Laboratorio Clínico
Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local
Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Proveedor(es) del recurso
Dirección o administración del centro
Dirección o administración del centro
Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local

Relación con otros procesos

SLC-001. Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-001.01 Recepción de documentos, asignación de citas y gestión de muestras- Atención al usuario y gestión de muestras.
SLC-001.02 Análisis de muestras y validación de resultados

Proceso de Atención Médica

Procesos de Registros de Salud (REDES)

Desc	ripción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El funcionario designado para la toma de muestras le indica al usuario que ingrese al cubículo de toma de muestras.
3	El funcionario designado verifica los datos demográficos, el cumplimiento de las condiciones para la toma de muestra y la segregación de los exámenes solicitados.
4	¿Los datos demográficos, las condiciones para toma de muestras y la segregación de exámenes es la adecuada? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.
5	El funcionario designado le indica al usuario que regrese a la ventanilla para que gestione las correcciones. Finaliza el proceso
6	El funcionario designado explica al usuario el procedimiento que se le va a realizar para la toma de muestra.
7	El funcionario designado realiza la toma de muestras de acuerdo con el o los análisis solicitados, con base en el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico,
8	El funcionario designado verifica que las muestras tomadas coincidan con los análisis solicitados.
9	¿Las muestras tomadas coinciden con los análisis solicitados? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 10, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 11.
10	El funcionario designado sigue el procedimiento para hacer la corrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico.
11	El funcionario designado rotula las muestras con la identificación unívoca con datos del usuario o adhiere etiquetas.
12	El funcionario designado descarta los materiales contaminados en los contenedores correspondientes, según las normas de bioseguridad.
13	El funcionario designado le da las instrucciones pertinentes al usuario y le indica que puede retirarse.
14	El funcionario designado traslada la muestra(s) al lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico para su distribución.
15	Fin del proceso

Norm	nativa relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973 y su Reglamento.
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002 y su normativa relacionada (2009)
6	Ley Nº 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
7	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
8	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
9	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.
10	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
11	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
12	Norma de infecciones intrahospitalarias. CCSS, 2007.
13	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
14	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
15	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
16	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
17	Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002.
18	Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Mayo 2002.
19	Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División Administrativa. CCSS.

Controles asociados al proceso				
1	Revisión, por parte del funcionario designado para la toma de muestras, que el número de identificación y nombre coincidan con la solicitud.			
2	Revisión, por parte del funcionario designado para la toma de muestras, que los datos demográficos, las condiciones para toma de muestras y la segregación de exámenes es la adecuada			
3	Revisión, por parte del funcionario designado para la toma de muestras, que las muestras tomadas coincidan con los exámenes solicitados			
4	Identificación unívoca de la muestra con datos del usuario.			
5	Separación de muestras por tipo de examen, utilizando tapas de diferente color para los frascos o tubos.			
Form	ularios relacionados con el proceso			
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460			
2	Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060			
3	Documentación interna (Vales o guías internas por División o Sección)			

B. DIAGRAMA DE PROCESO					
Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado para la toma de muestras	Criterio de Calidad		
1	Inicio del Proceso	Inicio			
2	Indica al usuario que ingrese al cubículo de toma de muestras.				
3	Verifica los datos demográficos, el cumplimiento de las condiciones para la toma de muestra y la segregación de los exámenes solicitados.				
4	¿Los datos demográficos, las condiciones para toma de muestras y la segregación de exámenes es la adecuada?.		Cada usuario deben cumplir las condiciones previas a la toma de muestras		
5	Indica al usuario que regrese a la ventanilla para que gestione las correcciones.				
6	Explica al usuario el procedimiento que se le va a realizar para la toma de muestra.				
7	Realiza la toma de muestras de acuerdo con el o los análisis solicitados, con base en el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico		Cada muestra identificada según tipo de examen por color en la tapa del tubo		
8	Verifica que las muestras tomadas coincidan con los análisis solicitados.				
9	¿Las muestras tomadas coinciden con los análisis solicitados?	SI NO	Todas las muestras coniciden con los exámenes solicitados.		
10	Sigue el procedimiento para hacer la corrrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico.				
11	Rotula las muestras con la identificación unívoca con datos del usuario o adhiere etiquetas.		Muestras por usuario y por día, con identificación únivoca, para garantizar la trazabilidad.		
12	Descarta los materiales contaminados en los contenedores correspondientes, según las normas de bioseguridad.	l l	Materiales contaminados descartados según las normas de bioseguridad.		
13	Da las instrucciones pertinentes al usuario y le indica que puede retirarse.				
14	Traslada la muestra(s) al lugar establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico para su distribución.				
15	Fin del proceso	Fin			

3.1.2 Proceso: Gestión analítica de laboratorio clínico

	Gerencia Médica				
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital o Área de Salud				
Matriz	para el levantamiento	y documentación de	Procesos.		
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico Unidad Programática				
Nombre de proceso	Gestión analítica del la	Código	SLC- 001-02		
Clasificación de proceso	Complementario de aporte				
	Inicio				
Alcance	El funcionario designado para la preparación de muestras, en las diferentes divisiones, secciones o áreas analíticas del laboratorio, revisa la identificación de la muestra y la documentación asociada.				
	Termina				
	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, genera el informe de resultados.				
Objetivo	Realizar análisis de laboratorio clínico que se ajusten a los estándares de calidad, utilizando para ello los conocimientos, métodos, procedimientos y tecnología adecuada, con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento de los usuarios.				
Responsable:		Participantes			
Director (a) del Laborat	orio Clínico	Microbiólogo Químico Clínico			
		Funcionario designado para la preparación de muestras			
		Funcionario designado por el Microbiólogo (Asistente en Tecnologías de la Salud, Técnico en Tecnologías de la Salud, Secretaria, Oficinista)			
Producto y/o servicio					
Informe de análisis de resultados refrendado					

Usuario o cliente

Usuario que requiere análisis de laboratorio clínico.

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo			
Formularios institucionales	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Muestras	Paciente			
Etiquetas adhesivas (según disponibilidad)	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local			
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Reactivos e insumos para la realización de los análisis	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales			
Materiales para disposición final de desechos	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso			
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información			
Equipo de oficina (computadoras, impresoras, lectores de código de barras, servidor del SI, etc.)	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales			

Relación con otros procesos

SLC-001. Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-001-01 Gestión pre-analítica del laboratorio

SLC-001-03 Gestión post-analítica del laboratorio

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Presupuesto) Proceso de Atención Médica

Procesos de Registros de Salud (REDES)

Descri	pción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El funcionario designado para la preparación de muestras, en las diferentes divisiones, secciones o áreas analíticas del laboratorio, revisa la identificación de la muestra y la documentación asociada.
3	¿Los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 4, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5.
4	El funcionario designado rechaza la muestra y sigue el procedimiento para hacer la corrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico. Finaliza el proceso.
5	El funcionario designado analiza que las características de la muestra cumplan con los requisitos para los análisis solicitados.
6	¿Las características de la muestras cumplen con los requisitos para los análisis solicitados? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7	El funcionario designado rechaza la muestra, anota la característica de incumplimiento y la reporta según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico (Ver criterios de rechazo en los procedimientos analíticos por tipo de análisis). Finaliza el proceso.
8	El funcionario designado realiza la preparación de muestras según el análisis solicitado, con base en el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.
9	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, verifica que se disponga los insumos y reactivos necesarios para realizar los análisis solicitados.
10	¿Se dispone de los insumos y reactivos necesarios para realizar los análisis? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 11, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 12.
11	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, realiza las acciones correctivas según el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y continúa el proceso.
12	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, ejecuta el protocolo de control de calidad establecido para el sistema analítico.
13	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste verifica, previamente a analizar las muestras y al menos una vez al día, que las condiciones ambientales, desempeño de los equipos y resultados del control de calidad cumplan con los estándares establecidos.
14	¿Las condiciones ambientales, desempeño de los equipos y resultados del control de calidad cumplen con los estándares establecidos? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 15, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 16.

15	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, realiza las acciones correctivas según el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y continúa el proceso.
16	El Microbiólogo, o funcionario designado por éste, analiza la muestra de acuerdo al procedimiento técnico establecido para el análisis solicitado, conforme al sistema analítico del Servicio de Laboratorio Clínico.
17	El Microbiólogo revisa si los resultados obtenidos son congruentes con el procedimiento realizado.
18	¿Los resultados obtenidos son congruentes con el procedimiento realizado? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 19, si la respuesta es afirmativa finaliza el proceso. Continúa con el proceso de gestión post-analítica (SLC-001-03).
19	El Microbiólogo realiza las acciones correctivas según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y regresa a la actividad 16.
20	Fin del proceso

Norma	ntiva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley N° 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta N° 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
6	Ley Nº 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
7	Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Decreto Nº 30945-S. La Gaceta Nº 18 del 27 Enero 2003.
8	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
9	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
10	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.
11	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
12	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
13	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
14	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
15	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
16	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
17	Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002.
18	Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Mayo 2002.
19	Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División Administrativa. CCSS.

Contro	les asociados al proceso
1	Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, que las condiciones ambientales, desempeño de los equipos y resultados del control de calidad cumplen con los estándares establecidos.
2	Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, que se disponga de los insumos necesarios para realizar el análisis.
3	Verificación, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, que los resultados obtenidos están de acuerdo a los criterios establecidos y a la información aportada en la solicitud.
Formu	larios relacionados con el proceso
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460
2	Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060
3	Resultado Análisis General de Orina. Código 4-70-06-1920
4	División de Parasitología. Código 4-70-06-0740

B. DIAGRAMA DE PROCESO					
Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado para la preparación de muestras	Microbiólogo o funcionario designado por este	Criterio de Calidad	
1	Inicio del proceso	Inicio		1	
2	Revisa la identificación de la muestra y la documentación asociada.				
3	¿Los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud?	SI NO		Todos los datos de identificación de la muestra coinciden con los de la solicitud.	
4	Rechaza la muestra y sigue el procedimiento para hacer la corrrección según lo establecido en el Servicio de Laboratorio Clínico.		0	1	
5	Analiza que las características de la muestra cumplan con los requisitos para los análisis solicitados.	L-			
6	¿Las características de la muestras cumplen con los requisitos para los análisis solicitados?	SI NO		Todas las muestras deben cumplir con las caràcterísticas requeridas según los análisis solicitados (condiciones aptas, volumen adecuado, etc.)	
7	Rechaza la muestra, anota la caracteristica de incumplimiento y la reporta según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.		A		
8	Realiza la preparación de muestras según el análisis solicitado, con base en el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.			A cada muestra se le aplica el procedimiento establecido, según tipo de análisis solicitado.	
9	Verifica que se disponga los insumos y reactivos necesarios para realizar los análisis solicitados.	1	→ [] B		

Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado para la preparación de muestras	Microbiólogo o funcionario designado por este	Criterio de Calidad
10	¿Se dispone de los insumos y reactivos necesarios para realizar los análisis?		₽	Que se disponga de los insumos necesarios para realizar los análisis solicitados.
11	Realiza las acciones correctivas según el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.		NO	
12	Ejecuta el protocolo de control de calidad establecido para el sistema analítico.			
13	Verifica que las condiciones ambientales, desempeño de los equipos y resultados del control de calidad cumplan con los estándares establecidos.		ф	Que previamente al análisis de muestras y al menos una vez al día se realice el control de calidad.
14	¿Las condiciones ambientales, desempeño de los equipos y resultados del control de calidad cumplen con los estándares establecidos?		NO SI	Que no se inicie el proceso de análisis hasta que las condiciones y los resultados del control de calidad sean satisfactorios.
15	Realiza las acciones correctivas según el procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico.		\downarrow	
16	Analiza la muestra de acuerdo al procedimiento técnico establecido para el análisis solicitado, conforme al sistema análitico del Servicio de Laboratorio Clínico.			
17	Revisa si los resultados obtenidos son congruentes con el procedimiento realizado.			
18	¿Los resultados obtenidos son congruentes con el procedimiento realizado.?		SI NO	Que los resultados obtenídos coincidan con la clínica y datos aportados por el médico.
19	Realiza las acciones correctivas según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y regresa a la actividad 16.			
20	Fin del proceso.	A	Fin	

3.1.3 Proceso: Gestión post-analítica de laboratorio clínico

	Gerencia Médica			
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital o Área de Salud			
Matı	riz para el levantamiento	y documentació	n de Procesos.	
Dependencia	Servicio de Laboratorio C	línico	Unidad Programática	
Nombre de proceso	Gestión post-analítica del laboratorio		Código	SLC-001-03
Clasificación de proceso	Complementario de aporte			
	Inicio			
Alcance	El Microbiólogo genera el informe de resultados.			
	Termina			
	El funcionario designado Laboratorio Clínico.	realiza la contab	ilidad analítica de	el Servicio de
Objetivo	Emitir, validar, refrendar y entregar el informe de resultados de los análisis de laboratorio realizados, y dar seguimiento a los casos que lo ameritan, con el fin de contribuir oportunamente al diagnóstico y tratamiento de los usuarios.			
Responsable:		Participantes		
Director (a) del Laboratorio Clínico		Microbiólogo Químico Clínico		
		Funcionario desi resultados	ignado para la	entrega de
Producto y/o servicio				
Informe de resultados entregado Casos especiales en seguimiento				

Usuario o cliente

Usuario que requiere análisis de laboratorio clínico.

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo
Formularios institucionales	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso
Recursos requeridos Sistema de información	Proveedor(es) del recurso Proveedor del Sistema de Información

Relación con otros procesos

SLC-001. Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-001-02 Análisis de muestras, validación y refrendo de resultados.

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Presupuesto) Proceso de Atención Médica

Descrip	ción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El Microbiólogo genera el informe de resultados.
3	El Microbiólogo verifica si los resultados obtenidos son congruentes con la información clínica aportada en la solicitud o en el histórico de resultados del usuario (cuando se disponga).
4	¿Los resultados obtenidos son congruentes con la información clínica aportada en la solicitud y en el histórico de resultados del usuario? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.
5	El Microbiólogo realiza las acciones correctivas según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y finaliza el proceso.
6	¿Se requiere confirmar los resultados? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa regresa a la actividad 16 del proceso SLC-001-02 (Gestión analítica del laboratorio) y realiza nuevamente el análisis.
7	El Microbiólogo refrenda el informe de resultados.
8	El Microbiólogo, o el funcionario designado por éste, entrega los resultados de los análisis de laboratorio clínico a quién corresponda.
9	¿El informe de resultados está alterado o es no concluyente? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 10, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 12.
10	El Microbiólogo realiza las coordinaciones con el clínico responsable, y ejecuta las acciones necesarias para que se le de seguimiento al caso.
11	El Microbiólogo registra las acciones realizadas como seguimiento a los resultados alterados.
12	El funcionario designado genera la lista de los análisis de laboratorio clínico realizados durante el día.
13	El funcionario designado entrega la lista junto con los informes de resultados de exámenes al archivo clínico y solicita sello, firma y fecha de recibido.
14	El funcionario designado realiza la contabilidad analítica del Servicio de Laboratorio Clínico.
15	Fin del proceso

Normat	iva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
6	Ley N° 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
7	Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Decreto Nº 30945-S. La Gaceta Nº 18 del 27 Enero 2003.
8	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
9	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
10	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.
11	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
12	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
13	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
14	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
15	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
16	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
17	Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002.
18	Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Mayo 2002.
19	Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División Administrativa. CCSS.

Control	es asociados al proceso
1	Revisión, por parte del Microbiólogo del informe de resultados.
2	Realización de pruebas confirmatorias, por parte del Microbiólogo o el funcionario designado por este, cuando un resultado esté alterado o sea no concluyente.
3	Registro de los exámenes de laboratorio entregados (lista, bitácora, etc.).
4	Identificación y seguimiento, por parte del Microbiólogo, a los casos alterados o no concluyentes.
Formula	rios relacionados con el proceso
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460
2	Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060

	B. DIAGR	AMA DE PROCES	0	
Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo o funcionario designado por este	Funcionario designado para entrega de resultados, archivo y estadistica	Criterio de Calidad
1	Inicio del Proceso	Início		
2	Genera el informe de resultados.			
3	Verifica si los resultados obtenidos son congruentes con la información clínica aportada en la solicitud o en el histórico de resultados del usuario (cuando se	Ţ		
4	¿Los resultados obtenidos son congruentes con la información clinica aportada en la solicitud y en el histórico de resultados del usuario.?	SI NO		
5	Realiza las acciones correctivas según procedimiento establecido por el Servicio de Laboratorio Clínico y finaliza el proceso.		A	
6	¿Se requiere confirm ar los resultados?	NO SI	SLC-001-02	
7	Refrenda el informe de resultados.			
8	Entrega los resultados de los análisis de laboratorio clínico a quién corresponda.			Informe de resultados entregado oportunamente a quién corresponde.
9	¿El informe de resultados está alterado o es no concluyente?	SI		
10	Realiza las coordinaciones con el clínico responsable, y ejecuta las acciones necesarias para que se le de seguimiento al caso.	Ţ		
11	Registra las acciones realizadas como seguimiento a los resultados alterados.	Ė		
12	Genera la lista de los análisis de laboratorio cliinco realizados durante el día.		→	
13	Entrega la lista junto con los informes de resultados de exámenes al archivo clínico y solicita sello, firma y fecha de recibido.		Ţ.	Reporte de entrega de resultados con firma y sello de recibido.
14	Realiza la contabilidad analítica del Servicio de Laboratorio Clínico.		Ţ.	
15	Fin del proceso.		Fin	

3.2 Macroproceso: Gestión técnica de servicios de sangre

	Gerencia Médica			
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospital			
Matı	riz para el leva	ntamiento y documentaciór	de Procesos.	
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico Unidad Programática			
Nombre de proceso	Gestión técnic	a de servicios de sangre	Código	SLC-002
Clasificación de proceso	Complementari	o de aporte		
	Inicio			
	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, seleccionan a los donantes idóneos, extrae y realiza el fraccionamiento de la sangre.			
Alcance	Termina			
	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, prepara y entrega la hemocomponentes, da seguimiento al caso y elabora informe sobre reacción adversa.			
Objetivo	Brindar hemocomponentes que se ajusten a los estándares de calidad, con base en los conocimientos, métodos, procedimientos y mediante tecnología actualizada, con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los usuarios de los servicios de salud.			
Responsable:		Participantes		
Director (a) del Labo	ratorio Clínico	Microbiólogo Químico Clínico de Banco de Sangre		
Funcionarios designados en Banco de Sangre (A Técnico en Tecnologías de la Salud, Secretaria)			,	
Producto y/o servicio				
Hemocomponentes de calidad disponibles para transfusión o procedimiento terapéutico				
Usuario				
Usuario que requiere hemocomponentes o procedimiento terapéutico.				

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo
Instructivos para educación del donante	Servicios de Laboratorio Clínico
Consentimiento del donante	Servicios de Laboratorio Clínico
Solicitud de análisis (hemocomponentes o procedimientos terapéutico)	Médico solicitante
Cédula o identificación con foto	Donante
Etiquetas adhesivas	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local
Insumos para toma de muestras (agujas, bolsas para donación, tubos de ensayo, portaobjetos, jeringas, algodón, jabón, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Reactivos para la realización de los análisis inmunohematológicos y serológicos.	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales
Materiales para disposición final de desechos	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información
Equipo de oficina	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales

SLC-001 Gestión técnica de laboratorio clínico.

SLC-002-01 Gestión pre-analítica de servicios de sangre

SLC-002-02 Gestión analítica de servicios de sangre

SLC-002-03 Gestión post-analítica de servicios de sangre

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Presupuesto)

Proceso de Atención Médica

Descri	oción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, selecciona a los donantes idóneos, extrae y realiza el fraccionamiento de la sangre. Ver proceso SLC-002-01 (Gestión pre-analítica de servicios de sangre).
3	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el personal designado por este, analiza, selecciona y almacena los hemocomponentes que cumplen con los estándares de calidad. Ver proceso SLC-002-02 (Gestión analítica de servicios de sangre).
4	¿Hay solicitud de hemocomponentes o se requiere realizar procedimiento terapéutico? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5 si la respuesta es negativa finaliza el proceso.
5	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, prepara y entrega los hemocomponentes, da seguimiento al caso y elabora informe sobre la reacción adversa. Ver proceso SLC-002-03 (Gestión post-analítica de servicios de sangre).
6	Fin del proceso
Norma	tiva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
6	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
7	Reglamento de Vertido y Aguas Residuales. Decreto Nº 26042-S-MINAE. Gaceta Nº 117. Jueves 19 de junio de 1997.
8	Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud. Nº 34728 del 28 de mayo 2008.
9	Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica Nº 30700-S. Ministerio de Salud. Gaceta 183 del 24 Setiembre 2002.
10	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
11	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
12	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
13	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.

14	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
15	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
16	Instructivo para el Manejo de la Cadena de Frío en los Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Enero 2002.
17	Instructivo para el Manejo y Transporte de Muestras Clínicas y otros Agentes Biológicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Mayo 2002.
18	Perfil del personal técnico de Laboratorios Clínicos. Sub-Área de Clasificación y Valoración de Puestos. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. Gerencia División Administrativa. CCSS.
19	Estándar para Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales de la AABB.
Control	es asociados al proceso
1	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de que los donantes seleccionados son aptos para donar hemocomponentes.
2	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de que los hemocomponentes almacenados sean viables para transfusión o procedimiento terapéutico.
3	Reporte de reacciones adversas a la transfusión de hemocomponente por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este.
Formula	rios relacionados con el proceso
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460
2	Solicitud de exámenes (Pruebas especiales) Código 4-70-06-2060
3	Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis (sin código)
4	Material educativo y material para la promoción
5	Entrevista al donante (sin código)
6	Boleta de autoexclusión (sin código)
7	Solicitud de hemocomponentes. Código 4-70-05-0540
8	Reporte de reacciones adversas a la transfusión de hemocomponentes. Formulario 1318.
9	Boleta de envío de hemocomponentes (entrega de sangre). Código 4-70-06-0760.

	B. DIAGRAMA DE PROCESO				
Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo de Banco de Sangre o funcionario designado por este	Criterio de Calidad		
1	Inicio del proceso	Inicio			
2	Selecciona a los donantes idóneos, extrae y realiza el fraccionamiento de la sangre. Ver proceso SLC-002-01 (Gestión preanalítica de servicios de sangre).		Que los donantes seleccionados, aptos para donar hemocomponentes.		
3	Analiza, selecciona y almacena los hemocomponentes que cumplen con los estándares de calidad. Ver proceso SLC-002-02 (Gestión analítica de servicios de sangre).		Que los hemocomponentes almacenados sean viables para transfusión o terapia		
4	¿Hay solicitud de hemocomponenetes o procedimiento terapéutico?	NO SI			
5	Prepara y entrega los hemocomponentes, da seguimiento al caso y elabora informe sobre la reacción adversa. Ver proceso SLC-002-03 (Gestión postanalítca de servicios de sangre).		Que las reacciones adversas que se presenten cuenten con el informe y el seguimiento respectivo		
6	Fin del proceso.	Fin			

3.2.1 Proceso: Gestión pre-analítica de laboratorio clínico

3.2.1	Troceso. d	estion pre-analitica de	laboratorio ci	mico
	Gerencia Médica			
Caja Costarricense de Seguro Social		Hospital		
Ма	triz para el lev	antamiento y documentaci	ón de Procesos	5.
Dependencia	Servicio de Lab	oratorio Clínico	Unidad Programática	
Nombre de proceso	Gestión pre-a sangre	nalítica de servicios de	Código	SLC-002-01
Clasificación de proceso	Complementari	o de aporte		
	Inicio			
	El funcionario (SLC-002-01-0	designado ejecuta el proce: 1)	so de promociór	n de la donación
Alcance	Termina			
	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, almacena los hemocomponentes bajo la condición de cuarentena, según el procedimiento establecido.			
Objetivo	Promover la donación, seleccionar donantes, extraer y fraccionar la sangre, con el fin de disponer oportunamente de hemocomponentes de calidad para atender necesidades de los usuarios.			
Responsable:	Responsable: Participantes			
Director(a) del Lab	Director(a) del Laboratorio Clínico Sangre Jefe de la División de Inmunohematología y Banco de Sangre			
		Funcionario designado para	a la promoción de	e la donación.
	Funcionario designado para la atención del donan (Asistente o Técnico en Tecnologías de la Salud, Secretaria			
Microbiólogo de Banco de Sangre o f por este (Asistente o Técnico en Tec Secretaria)				
Producto y/o servicio				
Donaciones captadas y sangre fraccionada oportunamente				
Usuario o cliente				
Usuarios que requieren hemocomponentes o procedimiento terapéutico				

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo
Instructivos para educación del donante	Servicios de Laboratorio Clínico
Consentimiento del donante	Servicios de Laboratorio Clínico
Solicitud de análisis (hemocomponentes o procedimientos terapéutico)	Médico solicitante
Cédula o identificación con foto	Donante
Etiquetas adhesivas	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local
Insumos para toma de muestras (agujas, bolsas para donación, tubos de ensayo, portaobjetos, jeringas, algodón, jabón, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Reactivos para la realización de los análisis inmunohematológicos y serológicos.	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información
Equipo de oficina	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales

SLC-001 Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-002 Gestión técnica de servicios de sangre

SLC-002-01-01 Promoción de la donación

SLC-002-02 Gestión analítica de servicios de sangre

SLC-002-03 Gestión post-analítica de servicios de sangre.

Proceso de Atención Médica

Descripción de las actividades				
1	Inicio del proceso			
2	El funcionario designado ejecuta el proceso de promoción de la donación (SLC-002-01-01)			
3	El funcionario designado para la atención del donante, recibe al usuario y solicita documento de identificación.			
4	¿La identificación del donante es válida? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.			
5	El funcionario designado rechaza al donante y le indica la razón. Fin del proceso.			
6	El funcionario designado entrega al donante el documento de entrevista y lo instruye sobre su llenado.			
7	El funcionario designado recibe el documento de entrevista del donante y lo registra en el sistema de información disponible (ya sea manual o automatizado).			
8	¿Se dispone de una base de datos de donantes automatizada? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 9, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 12.			
9	El funcionario designado verifica en la base de datos el estatus del donante.			
10	¿El donante tienen antecedentes que le den la condición de diferido (no apto) para el acto de donación? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 11, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 12.			
11	El funcionario designado rechaza al donante y le indica la razón. Fin del proceso.			
12	El funcionario designado realiza la entrevista personal al donante.			
13	El funcionario designado, a partir de la entrevista realizada, verifica si el usuario cumple los requisitos para donar sangre.			
14	¿El usuario cumple los requisitos para donar sangre? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 15, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 16.			
15	El funcionario designado rechaza al donante, le indica la razón y define su estatus en el sistema de información (diferido temporal o diferido permanentemente). Finaliza el proceso.			
16	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza la evaluación física del donante, según procedimiento establecido.			
17	El Microbiólogo, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de laboratorio para determinar si el usuario es apto para la donación.			

18	¿Los resultados de la evaluación física y de los análisis de laboratorio indican que el usuario es apto para la donación? Si la respuesta es negativa para uno o para los dos casos continúa con la actividad 19, si la respuesta es afirmativa para los dos casos continúa con la actividad 20.
19	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, rechaza al donante, le indica la razón y define su estatus en el sistema de información (diferido temporalmente). Finaliza el proceso
20	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza la venopunción y recolección de sangre según el procedimiento establecido, y gestiona el refrigerio del donante.
21	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, identifica (etiqueta) la sangre con el número asignado en el registro de donadores.
22	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, valora al usuario para determinar si presenta reacciones adversas a la donación.
23	¿El usuario presenta reacciones adversas a la donación? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 25.
24	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, realiza las acciones para la asistencia básica del donante o la coordinación respectiva para su atención médica.
25	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, le indica al donante que puede retirarse.
26	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, realiza el fraccionamiento de la sangre, según el procedimiento establecido
27	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, almacena los hemocomponente bajo la condición de cuarentena, según el procedimiento establecido.
28	Fin del proceso.

Norma	ativa relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
6	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
7	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
8	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
9	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
10	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
11	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
12	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
13	Estándar para Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales de la AABB
Contro	oles asociados al proceso
1	Verificación, por parte del funcionario designado para atención del donante, de que el usuario disponga de una identificación válida.
2	Verificación, por parte del funcionario designado para atención del donante, del estatus del donante en el sistema de información, ya sea manual o automatizado.
3	Verificación, por parte del funcionario designado para atención del donante, de que el donante cumpla con los requisitos para donar hemocomponentes.
4	Verificación, por parte del funcionario designado en Banco de Sangre, de que el donante cuente con condiciones físicas y de salud apropiadas para la donación.
5	Identificación de los hemocomponentes con el número asignado en el registro de donadores, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o del funcionario designado por este.
6	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o del funcionario designado por este, de la estabilidad física del donante después de la donación.

Formularios relacionados con el proceso				
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460			
2	Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis (sin código)			
3	Entrevista al donante (sin código)			
4	Boleta de autoexclusión (sin código)			
5	Solicitud de hemocomponentes. Código 4-70-05-0540			
6	Material educativo y material para la promoción			

	B. DIA	GRAMA DE PROCES	50		
Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado para la promoción de la donación	Funcionario designado para la atención del donante	Microbiólogo de Banco de Sangre, o funcionario designado por este	Criterio de Calidad
1	Inicio del proceso	Inicio			
2	Ejecuta el proceso de promoción de la donación (SLC-002-01-01)				
3	Recibe al usuario y solicita documento de identificación.		ightharpoons		
4	¿La identificación del donante es válida?		SI		Donante identificado por medio de un documento de identificación válido
5	Rechaza al donante y le indica la razón				
6	Entrega al donante el documento de entrevista y lo instruye sobre su llenado.				
7	Recibe el documento de entrevista del donante y lo registra en el sistema de información disponible (ya sea manual o automatizado).		ightharpoons		Que el documento dea entrevista se llene de forma completa.
8	¿Se dispone de una base de datos de donates automatizada?		NO SI		
9	Verifica en la base de datos el estatus del donante.				
10	¿El donante tienen antecedentes que le den la condición de diferido (no apto) para el acto de donación?		NO SI		Donante con condiciones físicas y de salud apropiadas para la donación.
11	Rechaza al donante y le indica la razón.			A	
12	Realiza la entrevista personal al donante.				
13	A partir de la entrevista realizada, verifica si el donante cumple los requisitos para donar sangre.		B		

Número de actividad	Descripción de la actividad	Funcionario designado para la promoción de la donación	Funcionario designado para la atención del donante	Microbiólogo de Banco de Sangre, o funcionario designado por este	Criterio de Calidad
14	¿El donante cumple los requisitos para donar sangre. ?		B SI		Donante cumple con los requisitos para donar sangre.
15	Rechaza al donante, le indica la razón y define su estatus en el sistema de información (diferido temporal o diferido permanentemente).		NO L		
16	Realiza la evaluación física del donante, según procedimiento establecido.		A		Donante con condiciones físicas y de salud apropiadas para la donación.
17	Realiza los análisis de laboratorio para determinar si el usuario es apto para la donación.			ightharpoons	Donante con exámenes de laboratorio para verficar idoneidad realizados
18	¿Los resultados de la evaluación física y de los análisis de laboratorio indican que el usuario es apto para la donación?			SI SI	
19	Rechaza al donante, le indica la razón y define su estatus en el sistema de información (diferido temporalmente).		A		Donante que no cumple con requisitos registrado con estatus correspondiente
20	Realiza la venopunción y recolección de sangre según el procedimiento establecido, y gestiona el refrigerio del donante.				
21	Identifica (etiqueta) la sangre con el número asignado en el registro de donadores.				Hemocomponentes identificados con el número asignado en el registro de donadores.
22	Valora al usuario para determinar si presenta reacciones adversas a la donación.			ightharpoons	
23	¿El usuario presenta reacciones adversas a la donación?			NO SI	
24	Realiza las acciones para la asistencia básica del donante o la coordinación respectiva para su atención médica.				Donante físicamente estable
25	Le indica al donante que puede retirarse.				
26	Realiza el fraccionamiento de la sangre, según el procedimiento establecido.			ightharpoons	
27	Almacena los hemocomponente bajo la condición de cuarentena, según el procedimiento establecido.			ightharpoons	
28	Fin del proceso		А	Fin	

3.2.1.1 Procedimiento: Promoción de la donación

Caia	Gerencia Médica				
Costarricense de Seguro Social	Haspital a Áras da Salud				
Ma	triz para el levantamiento y documenta	ción de Proceso	os.		
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico Unidad Programática				
Nombre de proceso	Promoción de la donación Código SLC-002-01-01				
Clasificación de proceso	Procedimiento				
	Inicio				
Alcance	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, analiza y planifica las necesidades de hemocomponentes, de acuerdo a la prevalencia de los diferentes grupos sanguíneos y el contexto epidemiológico nacional.				
	Termina				
	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, ejecuta acciones para determinar oportunidades de mejora en la captación de donantes.				
Objetivo	Promocionar la donación de hemocomponentes con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios.				
Responsable:		Participantes			
Director(a) de Laboratorio Clínico Jefe de la Divisió Inmunohematología y Ba Sangre					
Microbiólogo de Banco de S					
	Funcionario designado en Band de Sangre (Técnicos 1 y 2 e Tecnologías de la Salud Asistentes, Promotores)				
Producto y/o servicio					
Base de datos de donantes, disponible para satisfacer diferentes necesidades de hemocomponentes.					

Usuario o cliente Banco de Sangre **Insumos requeridos** Proveedor(es) del insumo Área de distribución У Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.) almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local Área de distribución У almacenamiento del Hospital o Formularios institucionales Proveeduría Local Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis Profesionales en Microbiología Material educativo CCSS Recursos requeridos Proveedor(es) del recurso Proveedor del Sistema de Sistema de información Información Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución Equipo de oficina (computadoras, impresoras de código de barras, lectores de código de barras, servidor del SI, etc.) y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución Equipo audiovisual y almacenamiento del Hospital o

Relación con otros procesos

SLC-001 Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-002 Gestión técnica de servicios de sangre

SLC-002-01 Gestión pre-analítica de servicios de sangre

SLC-002-02 Gestión analítica de servicios de sangre

SLC-002-01 Gestión post-analítica de servicios de sangre

Procesos de Gestión Administrativa (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Presupuesto) Proceso de Atención Médica

Proveeduría Local

Descripción de las actividades				
1	Inicio del proceso			
2	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, analiza y planifica las necesidades de hemocomponentes, de acuerdo a la prevalencia de los diferentes grupos sanguíneos y el contexto epidemiológico nacional.			
3	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, desarrolla actividades a nivel educativo para concientizar sobre la importancia de la donación de hemocomponentes. Como parte de esta actividad, se debe coordinar con las unidades de promoción de la salud y comunicación institucional.			
4	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza acciones para promocionar la donación de hemocomponentes a nivel de la población.			
5	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, identifica (capta) donantes potenciales en los diferentes escenarios (universitario, laboral, instituciones públicas y empresas privadas, etc.)			
6	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, sistematiza la información de los donantes captados, según se trate de habituales o nuevos, el grupo sanguíneo al que pertenecen, la ubicación geográfica y la frecuencia de donación.			
7	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, operacionaliza la donación. Ver procesos SLC-BS-001 Selección del donante y SLC-BS-002 Obtención y procesamiento de hemocomponentes.			
8	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, ejecuta estrategias para el mantenimiento y fidelización de los donantes.			
9	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, ejecuta acciones para determinar oportunidades de mejora en la captación de donantes.			
10	Fin del proceso			

Norma	tiva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley N° 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta N° 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
6	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
7	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
8	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
9	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007.
10	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
11	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
12	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
13	Manual Técnico de Bancos de Sangre (AABB)
Contro	oles asociados al proceso
1	Informe de diagnóstico y planificación de necesidades de hemocomponentes
2	Base de datos de donantes
3	Registros de asistencia a las actividades de motivación y promoción
Formu	larios relacionados con el proceso
1	Instrucciones a los donantes
2	Material educativo y material para la promoción

	В. DIAGRAMA DE F	PROCESO	
Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo de Banco de Sangre o funcionario designado por este	Criterio de Calidad
1	Inicio del proceso	Inicio	
2	Analiza y planifica las necesidades de hemocomponentes, de acuerdo a la prevalencia de los diferentes grupos sanguíneos y el contexto epidemiológico nacional.		Informe de diagnóstico y planificación de necesidades de hemocomponentes realizado oportunamente y según el formato establecido.
3	Desarrolla actividades a nivel educativo para concientizar sobre la importancia de la donación de hemocomponentes.		Asistencia a las actividades de motivación y promoción, registrada en el
4	Realiza acciones para promocionar la donación de hemocomponentes a nivel de la población.		formato establecido.
5	Identifica (capta) donantes potenciales en los diferentes escenarios (universitario, laboral, instituciones públicas y empresas privadas, etc.)		
6	Sistematiza la información de los donantes captados, según se trate de habituales o nuevos, el grupo sanguíneo al que pertenecen, la ubicación geográfica y la frecuencia de donación.		Base de datos de donantes ordenada y completa.
7	Operacionaliza la donación. Ver procesos SLC-BS-001 Selección del donante y SLC- BS- 002 Obtención y procesamiento de hemocomponentes.		
8	Ejecuta estrategias para el mantenimiento y fidelización de los donantes.		
9	Determina oportunidades de mejora en la captación de donantes.		
10	Fin del proceso	Fin	

3.2.2 Proceso: Gestión analítica de servicios de sangre

3.2.2 Proceso: Gestion analitica de servicios de sangre					
	Gerencia Médica				
Caja Costarricense		11	.!		
de Seguro Social		Hosp	oitai		
Ma	triz para el leva	ntamiento y documen	ntaci	ón de Procesos	5.
Dependencia	Servicio de Laboratorio Clínico Unidad Programática				
Nombre de proceso	Gestión analítica de servicios de Código SLC-002-02				SLC-002-02
Clasificación de proceso	Complementario	de aporte			
	Inicio				
Alcance	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, realiza estudios inmunohematológicos y serológicos a las muestras obtenidas del donante, según el procedimiento establecido.				
	Termina				
	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, modifica los hemocomponentes obtenidos en condición de cuarentena a la condición de disponibles o en almacén para ser utilizados.				
Objetivo	los estándares	onar y almacenar los de calidad, con el fin sean requeridos por un	de	disponer oportu	
Responsable:		Participantes			
Director(a) del Lab	oratorio Clínico	Jefe de la División de Inmunohematología y Banco de Sangre			
		Microbiólogo de Banco de Sangre			
		Funcionario designado en Banco de Sangre (Asistente o Técnico en Tecnologías de la Salud, Secretaria)			
Producto y/o servicio					
Hemocomponente: terapéutico	Hemocomponentes de calidad seleccionados y disponibles para transfusión o procedimiento terapéutico				
Usuario o cliente	Usuario o cliente				
Usuario que requiere el hemocomponentes o procedimiento terapéutico.					

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo			
Hemocomponentes	Donante			
Etiquetas adhesivas	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local			
Insumos para toma de muestras (bolsas para donación, tubos de ensayo, portaobjetos, jeringas, algodón, jabón, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Reactivos para la realización de los análisis inmunohematológicos y serológicos.	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales			
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso			
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información			
Equipo de oficina	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local			
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales			

SLC-001 Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-002 Gestión técnica de servicios de sangre

SLC-002 Gestión tecnica de servicios de sangre SLC-002-01 Gestión pre-analítica de servicios de sangre SLC-002-03 Gestión post-analítica de servicios de sangre Proceso de Atención Médica Procesos de Registros de Salud (REDES)

Descripción de las actividades				
1	Inicio del proceso			
2	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, realiza estudios inmunohematológicos y serológicos a las muestras obtenidas del donante, según el procedimiento establecido.			
3	¿Los resultados de los estudios indican que el producto donado es seguro para transfundir (es decir que no hay peligro de transmisión de agentes infecciosos, bajo las condiciones de trabajo y limitantes propias de los métodos)? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 4, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 11.			
4	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, localiza los hemocomponentes con pruebas positivas o dudosas.			
5	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este realiza pruebas de verificación o descarte del producto, según el procedimiento establecido			
6	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, da seguimiento al caso del donante para confirmación de resultados.			
7	¿La verificación de resultados indicó que el donante presenta alguna situación dudosa (infección transmisible por sangre)? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8 y si es negativa continúa con la 11			
8	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, descarta el producto donado, según el procedimiento establecido			
9	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, define el estatus del donante (diferido temporal o permanentemente) en el sistema de información, ya sea manual o automatizado.			
10	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, gestiona la referencia médica. Finaliza el proceso.			
11	El Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, modifica los hemocomponentes obtenidos en condición de cuarentena a la condición de disponibles o en almacén para ser utilizados.			
12	Fin del proceso.			

Norma	ntiva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
2	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley Nº 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
5	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
6	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002.
7	Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
8	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia".
9	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139 celebrada el 22 de marzo del 2007
10	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS. Julio 2006.
11	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
12	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la CCSS. Año 2011.
13	Estándar para Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales de la AABB.
Contro	oles asociados al proceso
1	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o del funcionario designado por este, del cumplimiento de los criterios inmunohematológicos y serológicos requeridos para aceptar los hemocomponentes
2	Rechazo o descarte, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o del funcionario designado por este, de los hemocomponentes con pruebas positivas o dudosas.
3	Verificación, por parte de la Jefatura del Servicio, de que los hemocomponentes sean almacenados de acuerdo al procedimiento establecido.
Formu	larios relacionados con el proceso
2	Instrucciones a los usuarios para los diferentes análisis (sin código)
4	Boleta de autoexclusión (sin código)
5	Solicitud de hemocomponentes. Código 4-70-05-0540
7	Boleta de envío de hemocomponentes (entrega de sangre). Código 4-70-06-0760.

	в. Diagrama de p	ROCESO	
Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo de Banco de Sangre o funcionario designado por este	Criterio de Calidad
1	Inicio del proceso	Inicio	
2	Realiza estudios inmunohematológicos y serológicos a las muestras obtenidas del donante, según el procedimiento establecido.		Producto donando con estudios para determinar idoneidad
3	¿Los resultados de los estudios indican que el producto donado es apto para transfundir (es decir que no hay peligro de transmisión de agentes infecciosos, bajo las condiciones de trabajo y limitantes propias de los métodos)?	SI	Hemocomponentes cumplen con los criterios inmunohematológicos y serológicos requeridos
4	Localiza los hemocomponentes con pruebas positivas o dudosas.		Hemocomponentes con pruebas positivas o anómalas, analizados para verificación o descarte .
5	Realiza pruebas de verificación o descarte del producto, según el procedimiento establecido		
6	Da seguimiento al caso del donante para confirmación de resultados.		
7	¿ La verificación de resultados indicó que el donante presenta alguna situación dudosa (infección transmisible por sangre)?	NO SI	
8	Descarta el producto donado, según el procedimiento establecido.		
9	Define el estatus del donante (diferido temporal o permanentemente) en el sistema de información, ya sea manual o automatizado.		Donante no idóneo registrado con estatus correspondiente
10	Gestiona la referencia médica. Finaliza el proceso		
11	Modifica los hemocomponentes obtenidos en condición de cuarentena a la condición de disponibles o en almacen para ser utilizados.		Hecomponentes almacenados de acuerdo al procedimiento establecido
12	Fin del proceso.	Fin	

3.2.3 Proceso: Gestión post-analítica de servicios de sangre

Caja			Gerencia Médica	
Costarricense de Seguro Social	Hospital			
Matriz para el leva	ntamiento y docume	ntación d	de Procesos.	
Dependencia	Clínico	oratorio	Unidad Programática	
Nombre de proceso	Gestión post-analí servicios de sangr		Código	SLC-002-03
Clasificación de proceso	Complementario de	aporte		
	Inicio			
Alcance	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe la solicitud de hemocomponentes o procedimientos terapéuticos por parte del Médico, junto con el expediente del usuario.			
7.1100.1100	Termina			
	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe sobre reacciones adversas a la Comisión de Medicina Transfusional del Centro Hospitalario.			
Objetivo	Preparar y entregar oportunamente los hemocomponentes requeridos para realizar las transfusiones y procedimientos terapéuticos, y dar seguimiento a las reacciones adversas, con el fin de tomar medidas correctivas oportunamente y prevenir futuras reacciones en el usuario			
Responsable:	Participantes			
Director(a) de Labo	oratorio Clínico San		División de Inmunohe	matología y Banco de
	Micr	Microbiólogo de Banco de Sangre		
_	Téci	Funcionario designado en Banco de Sangre (Asistente o Técnico en Tecnologías de la Salud, Secretaria)		
Producto y/o servicio				
Hemocomponentes preparados y entregados para transfusión o procedimientos terapéuticos. Reacciones adversas identificadas y en seguimiento				
Usuario o cliente				
Usuario que requiere hemocomponentes o procedimiento terapéutico				

Insumos requeridos	Proveedor(es) del insumo	
Solicitud de hemocomponentes o procedimientos terapéuticos	Médico solicitante	
Muestras	Paciente	
Etiquetas adhesivas	Proveedor del Sistema de Información o Proveeduría Local	
Insumos para toma de muestras (agujas, jeringas, tubos de ensayo, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local	
Suministros de oficina (papel, tinta, rotuladores, etc.)	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local	
Reactivos para la realización de los análisis	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales	
Materiales de transfusión	Área de distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local	
Recursos requeridos	Proveedor(es) del recurso	
Sistema de información	Proveedor del Sistema de Información	
Equipo de oficina	Proveedor del Sistema de Información, Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local	
Equipo de laboratorio	Área de Distribución y almacenamiento del Hospital o Proveeduría Local, Empresa Adjudicataria de Licitaciones Nacionales	

SLC-001 Gestión Técnica de Laboratorio Clínico

SLC-002 Gestión técnica de servicios de sangre

SLC-002-01 Gestión pre-analítica de servicios de sangre SLC-002-02 Gestión analítica de servicios de sangre

Proceso de Atención Médica

Descri	pción de las actividades
1	Inicio del proceso
2	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe la solicitud de hemocomponentes o procedimientos terapéuticos (aféresis, crio preservación, etc.) por parte del Médico, junto con el expediente del usuario.
3	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, verifica los datos del paciente y revisa que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente.
4	¿Los datos del paciente vienen completos y la información de la solicitud coincide con la indicación médica en el expediente? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.
5	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, devuelve la solicitud y se comunica con el servicio respectivo para que realice las correcciones. Finaliza el proceso.
6	¿El Servicio dispone de sistema de información automatizado? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es negativa continúa con la actividad 10.
7	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, verifica el historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente.
8	¿El paciente dispone de pruebas pre-transfusionales realizadas en las últimas 72 horas? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 9, si la respuesta es afirmativa localiza la muestra respectiva y continúa con la actividad 11.
9	¿La solicitud viene acompañada de la muestra? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 10, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 11.
10	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza la toma de la muestra, según el procedimiento establecido.
11	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, verifica la identificación de la muestra.
12	¿La identificación de la muestra coincide con los datos de la solicitud (viene completa, correcta y legiblemente rotulada)? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 13, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 14.
13	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, gestiona el reemplazo de la muestra.
14	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, ingresa los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asigna número de registro consecutivo a la solicitud.
15	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza estudios inmunohematológicos al receptor de acuerdo con la solicitud.

El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza pruebas para determinar la compatibilidad hemocomponente-receptor. ¿Las pruebas de compatibilidad están negativas? Si la respuesta es afirmativa regresa a la actividad 16, para continuar la búsqueda de hemocomponentes, en caso contrario continúa con la actividad 19. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, prepara y entrega los hemocomponentes para transfusión o procedimiento terapéutico. El médico responsable realiza la trasfusión o procedimiento terapéutico. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe el reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente. ¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión.	16	El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, selecciona y reserva los hemocomponentes aptos para el receptor de acuerdo con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados y según el procedimiento establecido.
a la actividad 16, para continuar la búsqueda de hemocomponentes, en caso contrario continúa con la actividad 19. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, prepara y entrega los hemocomponentes para transfusión o procedimiento terapéutico. El médico responsable realiza la trasfusión o procedimiento terapéutico. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe el reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente. ¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión.	17	
entrega los hemocomponentes para transfusión o procedimiento terapéutico. El médico responsable realiza la trasfusión o procedimiento terapéutico. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe el reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente. ¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusional del centro hospitalario.	18	a la actividad 16, para continuar la búsqueda de hemocomponentes, en caso contrario
El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, recibe el reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente. ¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	19	
reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente. ¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	20	El médico responsable realiza la trasfusión o procedimiento terapéutico.
respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 24. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	21	reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales
reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, solicita la devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	22	respuesta es negativa continúa con la actividad 23, si la respuesta es afirmativa
devolución del hemocomponente(s). El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	23	
25 análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido. 26 El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, realiza el informe de reacción adversa a la transfusión. 27 El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	24	
informe de reacción adversa a la transfusión. El Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este, remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	25	análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el
informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.	26	
28 Fin del proceso	27	
25 1 111 451 1130555	28	Fin del proceso

Normati	iva relacionada con el proceso
1	Ley Nº 5395. Ley General de Salud. 30 de octubre de 1973.
	Ley Nº 5462. Estatuto Servicios de Microbiología y Química Clínica. 24 de Diciembre
2	de 1973. Reglamento
3	Ley Nº 8239. Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud
3	públicos y privados. Marzo 2002.
4	Ley No 7600. Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La
	Gaceta Nº 112 del 29 mayo 1996.
<u>5</u>	Ley 8279. Sistema Nacional para la Calidad. La Gaceta, N° 96, Mayo 2002.
0	Ley General de Control Interno. Ley Nº 8292. Gaceta 169 del 04 Setiembre del 2002. Norma para la Habilitación de Divisiones de Inmuno-hematología y Banco de Sangre
7	Nº 30697-S. Ministerio de Salud. Gaceta 182, 23 Setiembre 2002.
	Norma ISO 15189: 2007. "Laboratorios Clínicos: Requisitos particulares relativos a la
8	calidad y la competencia".
9	Política de Calidad y Seguridad al Paciente de la CCSS. Artículo 2 sesión #8139
9	celebrada el 22 de marzo del 2007
	Manual de Normas y Procedimientos Técnico- Administrativos de los Laboratorios.
10	Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. CCSS.
	Julio 2006. Manuel de Biacoguridad Laboratoriae Clínicae Sección de Laboratoriae Clínicae
11	Manual de Bioseguridad Laboratorios Clínicos. Sección de Laboratorios Clínicos. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Junio 2003.
	Manual para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos
12	de la CCSS. Año 2011.
13	Estándar para Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales de la AABB.
	Estándar para Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales de la AABB. es asociados al proceso
	. ,
	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud
Control	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente.
Control 1	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario
Control	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y
1 2	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente.
Control 1	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de
1 2	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas
1 2	es asociados al proceso Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de
1 2 3	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este.
1 2 3	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario
1 2 3	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los
1 2 3 4	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de
1 2 3 4 5	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente.
1 2 3 4	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario
1 2 3 4 5 6	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente.
1 2 3 4 5	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de la compatibilidad hemocomponentes-receptor.
1 2 3 4 5 6	Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de los datos del paciente y de que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, del historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente. Verificación por parte del Microbiólogo del Banco de Sangre de la realización de pruebas pretransfusionales en las últimas 72 horas Ingreso de los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asignación de número de registro consecutivo a la solicitud, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre, o el funcionario designado por este. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, que los hemocomponentes seleccionados cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente. Verificación, por parte del Microbiólogo de Banco de Sangre o el funcionario designado por este, de la compatibilidad hemocomponentes-receptor. Verificación, por parte de la Jefatura del Servicio, que los hemocomponentes sean

Formularios relacionados con el proceso				
1	Solicitud y resultados de análisis clínicos. Código 4-70-03-0460			
2	Solicitud de hemocomponentes. Código 4-70-05-0540			
3	Reporte de reacciones adversas a la transfusión de hemocomponentes. Formulario 1318.			
4	Boleta de envío de hemocomponentes (entrega de sangre). Código 4-70-06-0760.			
5	Formulario de transfusión.			
6	Instrucciones a los analistas de los diferentes procedimientos (sin código)			

	B. DIAGRAN	MA DE PROCESO		
Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo de Banco de Sangre o funcionario designado por este	Médico responsable	Criterio de Calidad
1	Inicio del proceso	Inicio		
2	Recibe la solicitud de hemocomponentes o procedimientos terapéuticos (aféresis, criopreservación, etc.) por parte del Médico, junto con el expediente del usuario.			
	Verifica los datos del paciente y revisa que la información de la solicitud coincida con la indicación médica en el expediente.			
4	¿Los datos del paciente vienen completos y la información de la solicitud coincide con la indicación médica en el expediente.?	Sí No		Datos del paciente completos y la información de la solicitud coincide con la indicación médica en el expediente
5	Devuelve la solicitud y se comunica con el servicio respectivo para que realice las correcciones.			
6	¿El Servicio dispone de sistema de información automatizado?	No Sí		
	Verifica el historial de resultados de los análisis de grupos sanguíneos y de transfusiones del paciente.			
8	¿El paciente disponde de pruebas pre-trasnfusionales realizadas en las últimas 72 horas?	No Sí		Usuarios con pruebas pretansfusionales de las últimas 72 horas no se les realizan nuevas pruebas
9	¿La solicitud viene acompañada de la muestra?	Sí		
10	Realiza la toma de la muestra, según el procedimiento establecido.	No L		Muestra recolectada según procedimiento.
11	Verifica la identificación de la muestra.			Identificación de la muestra coincide con la identificación del paciente.
12	¿La identificación de la muestra coincide con los datos de la solicitud (viene completa, correcta y legiblemente rotulada)?	Sí No		
13	Gestiona el reemplazo de la muestra.			
	Ingresa los datos de la muestra al sistema, ya sea manual o automatizado, y asigna número de registro consecutivo a la solicitud.	B		Solicitudes registradas en el sistema de información

Número de actividad	Descripción de la actividad	Microbiólogo de Banco de Sangre o funcionario designado por este	Médico responsable	Criterio de Calidad
	Realiza estudios inmunohematológicos al receptor de acuerdo con la solicitud.	•		
	Selecciona y reserva los hemocomponentes aptos para el receptor de acuerdo con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados y según el procedimiento establecido.	 		Hemocomponentes seleccionados que cumplan con los criterios de los estudios inmunohematológicos realizados, conforme al tipo de paciente.
	Realiza pruebas para determinar la compatibilidad hemocomponente- receptor.	$ \qquad \dot{\Box} $		Usuarios con pruebas pretransfusionales realizadas para determinar compatibilidad
18	¿Las pruebas de compatibilidad están negativas?	NO SI		
	Prepara y entrega los hemocomponentes para transfusión o procedimiento terapéutico.	, L		Hemocomponentes preparados y entregados de acuerdo al procedimiento establecido.
20	Realiza la trasfusión o procedimiento terapéutico.			
	Recibe el reporte de reacción adversa a la transfusión, por parte del o los profesionales responsables del paciente.			
22	¿Se reportó alguna reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico?	Sí		Todos los reportes de reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico se revisan.
	Archiva el reporte de reacción adversa según el procedimiento establecido y finaliza el proceso.	V No A		
24	Solicita la devolución del hemocomponente(s).			Todos los hemocomponentes que generaron reacción adversa, son retirados.
	Realiza los análisis de sangre y orina para estudiar reacciones transfusionales, según el procedimiento establecido.	, i		Pruebas realizadas de acuerdo con los procedimientos establecidos.
26	Realiza el informe de reacción adversa a la transfusión.			Todos los casos de reacción adversa a la transfusión o procedimiento terapéutico son informados a la Comisión de Medicina Transfusional del centro
27	Remite el informe a la Comisión de Medicina Transfusional del centro hospitalario.			Informe entregado en tiempo y forma preestablecida
28	Fin del proceso	A Fin		