



Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad Técnica Asesora

OFICIO CIRCULAR IP/N° 5

ANT.: Oficio Circular IP/N°8, de 2011.-

MAT.: Remite actualización de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos" y deja sin efecto Oficio Circular IP/N°8, de 2011.-

SANTIAGO, 06 MAYO 2013

**DE : CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**A : REPRESENTANTES LEGALES
DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS**

Atendido el permanente interés de esta Intendencia por perfeccionar y actualizar las orientaciones técnicas a las Entidades Acreditadoras para la mejor ejecución de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales, así como para la fiscalización de los prestadores acreditados, y considerando las múltiples consultas recibidas por esta Intendencia por parte de prestadores que se encuentran en proceso de preparación para la acreditación a este respecto, se ha estimado necesario actualizar el texto del documento denominado "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", que se remitiera a las Entidades Acreditadoras mediante Oficio Circular IP/N°8, de 1° de diciembre de 2011, todo ello, además, con el fin de

promover criterios comunes y uniformes para interpretar y verificar el cumplimiento de las exigencias de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, en cuanto a la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos para transfusión.

En virtud de lo anterior, por medio del presente Ordinario Circular pongo en su conocimiento el **nuevo texto de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos"**, quedando, por tanto, sin efecto el Oficio Circular IP/Nº8, de 1º de diciembre de 2011, y su documento adjunto, los que deben entenderse **sustituidos, para todos los efectos, por el presente Oficio Circular y el documento que ahora se adjunta.**

El presente instrumento se dicta en aclaración de lo señalado en los elementos medibles de las características GCL 1.11, APTr 1.3, APDs 1.2 y APCs 1.4 de la *Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación* para los Prestadores Institucionales de *Atención Cerrada*, y de las características GCL 1.8, APTr 1.3, y APDs 1.2 de la *Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación* para los Prestadores Institucionales de *Atención Abierta*, así como deberá entenderse aplicable a las diversas tareas de constatación en terreno de los demás estándares de acreditación que se dicten, en esas mismas materias.

En tal sentido, se previene que el texto actualizado de las Orientaciones Técnicas que se adjunta al presente Oficio, se limita a sustituir el texto de la letra "b.", sobre "Verificación de la trazabilidad de componentes sanguíneos" del documento que se adjuntara al Oficio Circular IP Nº8, de diciembre de 2011, manteniendo, en todo el resto, su integridad.

Debe tenerse presente, además, que el presente instrumento y su documento adjunto sobre "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos" se dicta en ejercicio de las facultades de interpretar la norma de los Manuales precedentemente señalados, facultad que posee esta Intendencia de Prestadores respecto de las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, según lo previsto en el numeral 2º del Acápito II de todos los antedichos Manuales que contienen los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes, aprobados por el Decreto Exento Nº 18, de 2009, del Ministerio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, SE ACLARA a las Entidades que, si bien la dictación de las antedichas Orientaciones Técnicas constituyen el ejercicio por parte de esta Intendencia de las potestades jurídicas antes referidas, la naturaleza científica y técnica del contenido de tales "Orientaciones" determina que ellas **poseen el carácter normativo de recomendaciones técnicas dirigidas a las Entidades Acreditadora para su mejor proceder en las situaciones en que sean aplicables y así deben ser entendidas y aplicadas por ellas.** Por tanto, su carácter no es el de una instrucción de obligatorio cumplimiento para todos los casos, empero, en caso que la Entidad Acreditadora desestimare su aplicación, deberá fundamentar explícita y debidamente su decisión de prescindir de ellas en el respectivo Informe de Acreditación.

Por último, esta Intendencia reitera a Uds. y por su intermedio a las entidades que representan, a sus Directores Técnicos y profesionales evaluadores, la invitación permanente a informar y compartir con esta Intendencia los diversos problemas

técnicos y dudas de interpretación de cualquier índole que se presenten en las evaluaciones que realicen.

Quedando a vuestra disposición, les saluda atentamente,



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


BRH/JGM/JVP/HOG

Distribución:

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Directora Instituto de Salud Pública
- Jefa Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de la Subsecretaria de Redes Asistenciales MINSAL
- Coordinación Nacional de Servicios de Sangre del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales de la Subsecretaria de Redes Asistenciales MINSAL
- Jefa Unidad de Coordinación Regional y Gestión de Usuarios
- Agentes Regionales
- Jefe Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefe Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Oficina de Partes
- Archivo



Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad Técnica Asesora

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA VERIFICACIÓN DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

I. Introducción

Los estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y cerrada, incluyen entre sus exigencias, que los establecimientos de salud aseguren la trazabilidad de las biopsias realizadas a los pacientes, y de los componentes sanguíneos utilizados en terapia transfusional.

Genéricamente, la trazabilidad puede ser definida como un conjunto de procedimientos preestablecidos que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto, o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros, en un momento dado.

En el caso de las biopsias, que suelen involucrar múltiples procesos y "cambios de mano", el sentido del estándar es evitar o corregir oportunamente errores asociados a la identificación y tipificación de las biopsias y sus resultados, y posibilitar, en caso de dudas, la correcta identificación del paciente al que pertenece la muestra, contribuir a localizar muestras o informes extraviados, alertar sobre resultados atrasados, y apoyar cualquier investigación frente a un posible error en estos procesos.

En medicina transfusional, la trazabilidad es un sistema organizado de registros, que permite ubicar e identificar la sangre y sus componentes en cualquier etapa del proceso, desde la donación hasta su destino final, ya sea transfusión o eliminación. Este sistema debe identificar inequívocamente cada donación, cada tipo de componente sanguíneo producido, y cada receptor de éstos, así como los estudios microbiológicos e inmunohematológicos practicados a la sangre. Adicionalmente, la correcta identificación de los componentes, del paciente y de las solicitudes, conforman un todo que permite asegurar que las transfusiones se realicen finalmente de acuerdo a la indicación médica y en el paciente correcto.

Los procedimientos de fiscalización de prestadores acreditados, y consultas realizadas por prestadores que se encuentran en proceso de preparación para la acreditación, han puesto en evidencia que no existen criterios comunes y uniformes para interpretar y verificar la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos en los términos señalados.

A ello se suma que, respecto de estos procesos asistenciales en particular, existen múltiples modalidades de organización institucional, y además, la cadena completa de actividades que abarca el concepto de trazabilidad puede estar compartido entre distintos prestadores. A modo de ejemplo, en lo que a transfusiones se refiere, existen prestadores que sólo realizan atención de donantes, otros que sólo realizan transfusiones, algunos funcionan exclusivamente como centros productores, los hay que combinan dos de estas etapas, y otros que realizan las tres. A su vez un mismo centro puede estar interconectado con varios prestadores a la vez, a los que presta o le entregan servicio. En el caso de las biopsias se produce algo similar, y las etapas preanalítica, analítica y postanalítica pueden desarrollarse con participación de varios prestadores.

El presente texto, actualiza las orientaciones técnicas al respecto, sustituyendo el texto de la letra "b.", sobre "Verificación de la trazabilidad de componentes sanguíneos", que se adjuntara al Oficio Circular IP N°8, de diciembre de 2011, manteniéndose íntegro el documento anterior en todos los restantes aspectos.

II. Recomendaciones

a. Verificación de la trazabilidad de biopsias

1. Consideraciones previas

- Los criterios que se entregan a continuación son aplicables a las biopsias bajo la definición que a las mismas otorgan los manuales de acreditación en su Glosario, esto es, *"remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico"*. Esta definición posee un sentido más amplio que el comúnmente aceptado, que se refiere sólo a muestras histológicas u órganos, incluyéndose en ella -como puede apreciarse-, y para los solos efectos del Sistema de Acreditación, las muestras citológicas que se extraen con la finalidad de ser analizadas por laboratorios de anatomía patológica, tales como el Papanicolau, entre otras.
- La Circular IP N° 15 del 30/09/2011 introdujo una aclaración sobre la situación de aquellos prestadores que no poseen Servicio de Anatomía Patológica y que envían las biopsias tomadas en el establecimiento a distintos prestadores de servicios de anatomía patológica, seleccionados generalmente por el profesional tratante, sin que en ello intervenga la institución. Ello muchas veces se asocia a la entrega de

las muestras al propio paciente o sus familiares, para el traslado al centro que realiza el análisis. La referida circular aclara que en tales casos es imprescindible que la dirección del prestador institucional exija a todos los profesionales que obtengan biopsias en la institución el estricto cumplimiento de los convenios de compra de prestaciones establecidos con dichos proveedores externos, poniéndolos en su conocimiento. Además, que en estos casos resulta plenamente aplicable al prestador la característica de servicios de apoyo APA 1.2, sobre procedimientos explícitos y evaluación sistemática de la etapa preanalítica, las características GCL 1.11 (atención cerrada) o GCL 1.8 (atención abierta), relativas al registro, rotulación, traslado, recepción y trazabilidad de las biopsias; y las características AOC 1.3 (atención cerrada), o la AOC 1.2 (atención abierta), sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos (resultados "críticos"), cuestión que supone a su vez que el prestador toma conocimiento del resultado del examen.

El sentido de estas exigencias es que el prestador debe hacerse responsable del destino de las muestras obtenidas en sus dependencias, vigilando que el ciclo que va desde la extracción hasta la entrega de los resultados al médico y el paciente se complete adecuadamente. En ese contexto, y además por razones de bioseguridad, el transporte de las muestras por parte del paciente o sus familiares es una práctica desaconsejable.

2. Listas de chequeo para aplicación en terreno

Las siguientes listas de chequeo permiten revisar el proceso de manejo de las biopsias en lo que a su correcta identificación y trazabilidad se refiere. Para establecer un diagnóstico definitivo sobre la trazabilidad de las biopsias en un prestador en particular, su utilización debiera ser complementada con uno o más ejercicios de seguimiento de casos en terreno:

A. **Prestador sin servicio de anatomía patológica (que envía las biopsias a uno o más servicios externos)**

#	Verificador	SI/NO
1	Pabellón o sala de procedimientos donde se extraen biopsias. En cada punto de obtención de biopsias existe un sistema de registro(s) en el(los) que consta:	
1.1	Datos del caso (un caso es el tejido o tejidos o muestra(s) de un paciente para diagnóstico histopatológico o citodiagnóstico, dispuestos en uno o más contenedores, tubos o portaobjetos, correspondientes a un mismo procedimiento):	
	a) Identificadores del paciente (al menos 2, nombre completo con los dos apellidos, y RUT o N° Ficha Clínica)	
	b) Número de frascos, tubos o portaobjetos, y número o código de identificación de cada uno de ellos si son más de uno.	

	c) Tipo de muestra incluida en cada contenedor o soporte (órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc.)	
	d) Fecha de obtención	
	e) Nombre del médico cirujano o del profesional que obtiene la muestra	
1.2	Registro de los cambios de mano de las muestras, desde que son envasadas y etiquetadas hasta que son despachadas hacia anatomía patológica. El N° de traspasos y quienes intervienen en ellos dependen de la modalidad de trabajo del prestador, por lo que la verificación debe adaptarse a ésta.	
1.2.1	Traspaso #1 (por ejemplo, entre el personal de quirófano y la secretaria de pabellón):	
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	o Fecha de recepción	
1.2.2	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas (ej., mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registro)	
	Traspaso #2 (por ejemplo, entre la secretaria de pabellón y el estafeta encargado del transporte de las muestras dentro del establecimiento):	
	o Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
1.2.2	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas	
	2 Proceso de transporte y entrega de las muestras al(los) servicio(s) de anatomía patológica (verificable en el prestador que envía las muestras)	
	Entrega de las muestras al responsable del traslado (por ejemplo, entre la unidad donde se centralizan las biopsias, y quien realiza el transporte fuera del establecimiento):	
2.1	o Se constata identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	o Se constata identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	o Fecha de recepción	
	o Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras entregadas para despacho	
2.2	Existe registro de las muestras ingresadas en anatomía patológica, firmado por un funcionario responsable de ese servicio.	
2.3	Existe registro de las muestras rechazadas por anatomía patológica (por ejemplo, por mal	

	etiquetado o malas condiciones de transporte).	
3	Proceso de recepción de los informes desde el(los) servicio(s) de anatomía patológica (debe verificarse en cada área en la que se reciben informes)	
3.1	Existe registro de los informes entregados por el(los) laboratorio(s) y su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe (ej., la secretaria o el mensajero).	
3.2	El establecimiento verifica la recepción de la totalidad de los informes correspondientes a las muestras entregadas a cada laboratorio de anatomía patológica (excluyendo las rechazadas).	
3.3	El establecimiento verifica la recepción oportuna de los informes, de acuerdo a plazos preestablecidos.	
3.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada informe en la ficha clínica del paciente (independientemente de que se entregue copia del mismo al paciente).	

B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica)

NOTA: Los mismos criterios son aplicables en caso de que parte de las muestras obtenidas en el establecimiento sean remitidas a un laboratorio externo.

#	Verificador	SI/NO
1	Pabellón o sala de procedimientos donde se extraen biopsias. En cada punto de obtención de biopsias existe un sistema de registro(s) en el(los) que consta:	
	Datos del caso (un caso es el tejido o tejidos o muestra(s) de un paciente para diagnóstico histopatológico o citodiagnóstico, dispuestos en uno o más contenedores, tubos o portaobjetos, correspondientes a un mismo procedimiento):	
1.1	a) Identificadores del paciente (al menos 2, nombre completo con los dos apellidos, y RUT o N° Ficha Clínica)	
	b) Número de frascos, tubos o portaobjetos, y número o código de identificación de cada uno de ellos si son más de uno.	
	c) Tipo de muestra incluida en cada contenedor o soporte (órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc.)	
	d) Fecha de obtención	
	e) Nombre del médico cirujano o del profesional que obtiene la muestra	
1.2	Registro de los cambios de mano de las muestras, desde que son envasadas y etiquetadas hasta que son despachadas hacia anatomía patológica. El N° de trasпасos y quienes intervienen en ellos dependen de la modalidad de trabajo del prestador, por lo que la verificación debe adaptarse a ésta.	

1.2.1	Traspaso #1 (por ejemplo, entre el personal de quirófano y la secretaria de pabellón):	
	○ Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	○ Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	○ Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas (ej., mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registro)	
1.2.2	Traspaso #2 (por ejemplo, entre la enfermera del área de procedimientos y una unidad que centraliza las biopsias tomadas en distintos sectores del establecimiento):	
	○ Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	○ Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	○ Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras traspasadas	
2	Proceso de transporte y entrega de las muestras al(los) servicio(s) de anatomía patológica (debe verificarse en cada área desde la que se despachan muestras hacia anatomía patológica)	
2.1	Entrega de las muestras al responsable del traslado (este punto puede obviarse si el traslado lo realiza la misma persona que dispuso las muestras para su despacho a anatomía patológica):	
	○ Se constata identificación de quien entrega (nombre y/o firma)	
	○ Se constata identificación de quien recibe (nombre y/o firma)	
	○ Registro permite identificar de manera inequívoca cuáles fueron las muestras entregadas para despacho	
2.2	Existe registro de las muestras ingresadas en anatomía patológica, firmado por un funcionario responsable de ese servicio.	
2.3	Existe registro de las muestras rechazadas por anatomía patológica (por ejemplo, por mal etiquetado o malas condiciones de transporte).	
3	Proceso de ingreso de las muestras y procesamiento en el servicio de anatomía patológica, hasta la emisión de los informes	
3.1	Existe un registro de todas las muestras ingresadas y rechazadas por el laboratorio de anatomía patológica.	
3.2	El registro incluye todos los datos de identificación de cada muestra.	
3.3	Existe constancia de la causal de rechazo de cada muestra rechazada.	

3.4	Existe un sistema de identificación interno de las muestras que se aplica durante toda la fase analítica (por ejemplo, mediante código único asignado al momento de la recepción).	
3.5	Existe registro de todos los informes entregados por el laboratorio, y en caso de que éstos sean impresos, de su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe (ej., la secretaria o el mensajero).	
4	Proceso de recepción de los informes entregados por el(los) servicio(s) de anatomía patológica^(*)	
4.1	Existe registro de los informes entregados por el(los) laboratorio(s), y en caso de que éstos sean impresos, de su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe (ej., la secretaria o el mensajero).	
4.2	El establecimiento verifica la recepción de la totalidad de los informes correspondientes a las muestras entregadas a cada laboratorio de anatomía patológica (excluyendo las rechazadas).	
4.3	El establecimiento verifica la recepción oportuna de los informes, de acuerdo a plazos preestablecidos.	
4.4	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada informe en la ficha clínica del paciente (independientemente de que se entregue copia del mismo al paciente).	

(*)Ídem que en el escenario A., para las muestras que son enviadas a examen a un laboratorio de anatomía patológica externo, distinto al del prestador.

b. Verificación de trazabilidad de componentes sanguíneos

La comprobación de la trazabilidad en el contexto del Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales está orientada a asegurar que se cumplen las condiciones mínimas de seguridad en esta materia. El análisis individual de trazabilidad en un prestador particular debe considerar sus procedimientos y organización local, y en último término solo puede demostrarse, en la práctica, realizando ejercicios de trazabilidad en terreno.

El ejercicio de trazabilidad se realizará por ende, a través de la cadena completa de procesos, desde la donación hasta el destino final, ya sea éste transfusión, eliminación, distribución o transferencias de todos los componentes sanguíneos.

La actualización de las siguientes listas de chequeo permite evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos atendiendo a la organización actual del Sistema de Salud nacional en la materia, y a la necesidad de aclarar conceptos, con el fin de utilizar criterios comunes que permitan verificar la trazabilidad de manera objetiva en el marco de un proceso de acreditación.

Atendido lo antes señalado, se recomienda a las Entidades Acreditadoras que, en el contexto del Proceso de Acreditación relativo a un Prestador Institucional de Salud en cuya cadena de procesos de hemocomponentes esté involucrado un tercero – ya sea un Centro de Sangre, una UMT o una Unidad de Atención de Donantes- que integren el Sistema Nacional de Servicios de Salud o que pertenezcan a Prestadores Institucionales de Salud privados, tengan en cuenta solicitar la información al Prestador en proceso de acreditación con la suficiente antelación, considerando que debería existir un plazo de no más de 2 días hábiles desde la solicitud de los datos, que permitan realizar el ejercicio de trazabilidad por parte del Prestador, y la provisión de esta información por parte del tercero involucrado.

A. Criterios aplicables a una Unidad de Medicina Transfusional

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Se registra al menos el origen, código de componente, tipo de hemocomponente y la fecha y hora de recepción de la sangre ingresada a la UMT	
2	La UMT tiene acceso a la siguiente información proporcionada por el Centro proveedor, a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: <ul style="list-style-type: none"> - Código único de donación - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Fecha extracción - Destino final: almacenamiento, transfusión, eliminación, distribución o transferencia, producción 	
3	Se realizan al menos trimestralmente ejercicios de trazabilidad de acuerdo a un protocolo establecido, sobre al menos una unidad de cada tipo de producto utilizado en el período	
4	Se registra el destino final : transfusión (código de solicitud de la transfusión), eliminación, distribución o transferencias (dónde, cuándo) de todas las unidades ingresadas a la UMT	
5	Es posible verificar que cualquier unidad ingresada y que no haya sido transfundida, distribuida a otro establecimiento o desechada, se encuentra almacenada en condiciones adecuadas en la UMT	

B. Criterios aplicables a una Unidad de Atención de Donantes

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Se asigna un código único a la donación, que permite su seguimiento dentro de la Unidad	
2	Existe un registro físico y/o informático que permite vincular el código único de donación con información de contacto del donante es caso de ser necesario	
3	Existe registro de la toma de muestras para exámenes microbiológicos e inmunohematológicos, que incluye el código único de identificación a que alude el punto 1	
4	Existe registro del envío de sangre consignando día y hora del despacho	
5	Existe registro de la recepción de la sangre en el Centro de Sangre y/o UMT	
6	La Unidad de Atención de Donantes tiene acceso a la siguiente información , a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: <ul style="list-style-type: none"> - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Destino final: almacenamiento, transfusión (código de solicitud de transfusión), eliminación, distribución o transferencia. 	

C. Criterios aplicables a un Centro de Sangre

#	VERIFICADOR	Sí/No
1	Existen registros que permiten vincular inequívocamente la sangre a los correspondientes exámenes microbiológicos e inmunohematológicos	
2	Existen registros que permiten conocer de manera inequívoca el fraccionamiento de que fue objeto la sangre y vincular cada uno de los productos al código de donación	
3	Es posible conocer el destino de distribución de cada componente, incluyendo el Establecimiento, producto y su destino: Si se encuentra almacenado, si fue transfundido (código de solicitud de transfusión), eliminado, distribuido o transferido a otro Establecimiento	
4	Es posible constatar la eliminación de todas las unidades con tamizaje positivo	

NOTA: Los registros pueden ser físicos o informáticos. En este último caso debe existir un sistema de respaldo de la información que asegure su conservación.

Mayo de 2013.-