

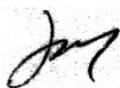
CONVENIO ESPECÍFICO ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÉLULAS TEJIDOS Y ÓRGANOS DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY Y EL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE DE LA REPÚBLICA ARGENTINA EN MATERIA DE COORDINACIÓN OPERATIVA.-

En la Ciudad de Montevideo, a los 21 días del mes de diciembre del año 2005, entre el INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÉLULAS TEJIDOS Y ORGANOS de la República Oriental del Uruguay (INDT), representado en este acto por la Dra. Inés ALVAREZ y el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE de la República Argentina (INCUCAI), representado en este acto por su Presidente, Dr. Carlos SORATTI, en adelante las partes, se suscribe el presente acuerdo.

CONSIDERANDOS

Que el Acuerdo de Reciprocidad entre el Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, suscripto en la Ciudad de Montevideo en fecha 11 de noviembre de 2005, reconoció como área de interés en materia de cooperación para los países de Uruguay y Argentina aquella relacionada con la adopción de las medidas necesarias para fomentar la donación y el trasplante de órganos y tejidos y velar por la calidad de ésta práctica médica.

Que dicho Acuerdo sentó las bases jurídicas y políticas que hoy hacen viable la firma del presente instrumento.



Que la necesidad de regular y garantizar el desarrollo de los mecanismos tendientes a cumplir los objetivos establecidos por las autoridades sanitarias de ambos países, requiere de un instrumento de actuación conjunta que permita coordinar los operativos que se generen.

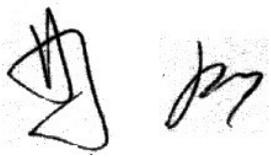
Que en concordancia con lo manifestado precedentemente, las partes acuerdan suscribir el presente Convenio Específico en Materia de Coordinación Operativa, con sujeción a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Las partes efectuarán la comunicación del proceso de donación iniciado, cuando no exista receptor en el país donde se origina el mismo, acompañada de los antecedentes clínicos, datos de laboratorio y estudios complementarios del donante cadavérico mediante protocolo que como ANEXO I integra el presente, a efectos de la asignación del/los órgano/s y/o tejido/s ofrecidos para implante de acuerdo a las normas nacionales del país receptor.

SEGUNDA: La comunicación y el protocolo citados en la cláusula precedente deberán ser remitidos vía fax, suscriptos por los responsables de la Coordinación Operativa Nacional del país donante, debiendo dentro de las 48 hs. enviarse las correspondientes copias certificadas por correo postal.

TERCERA: EL Organismo del país en donde se origina la donación será el encargado de coordinar la cirugía de ablación, los tiempos de corte del operativo y toda otra eventualidad que surja durante su desarrollo, como así también de hacer entrega a los equipos de ablación de la documentación pertinente que permita el egreso de los órganos y/o tejidos ablacionados.

CUARTA: El país receptor deberá comunicar, de conformidad con la modalidad establecida en la cláusula segunda del presente convenio, la realización del trasplante mediante copia del Certificado de Implante de

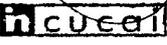


Organos que como ANEXO II integra la presente, debidamente conformada por el Organismo Nacional del país receptor, como así también la evolución de los receptores trasplantados,

QUINTA: La aplicación de este convenio se encuentra supeditada a la vigencia establecida en el artículo 10 del Acuerdo de Reciprocidad suscrito entre ambos países el 11 de noviembre de 2005. No obstante ello, en el término de un año contado a partir de la firma del presente, las partes se comprometen a efectuar un análisis del procedimiento operativo establecido en este convenio, a efectos de evaluar su continuidad o eventual modificación.

SEXTA: A todos los efectos legales que puedan derivar de la firma del presente acuerdo, el INDT fija su domicilio en el Hospital de Clínicas 4º piso de la Ciudad de Montevideo y el INCUCAI en Ramsay 2250, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En lugar y fecha indicados precedentemente, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto.


Dr. CARLOS A. SORATTI
PRESIDENTE



Prof. Dra. INES ALVAREZ
DIRECTOR DEL
INSTITUTO NACIONAL DE
DONACION Y TRASPLANTE DE CELULAS
TEJIDOS Y ORGANOS

ANEXO I

LLEGADA DEL EQUIPO: FECHA ___/___/___ HORA ___:___

P.D.: APELLIDO _____ NOMBRE/S _____

FECHA NAC. ___/___/___ EDAD: _____ DNI: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: _____

ANTECEDENTES:

CV: HTA. TIEMPO _____ TTO _____
I II TIEMPO _____ TTO _____
 TIEMPO _____ CANTIDAD _____
 TIEMPO _____ TTO _____

ARRITMIAS: _____
OTROS: _____

EXAMEN FISICO:

GRUPO SANGUINEO _____ Rh _____

PESO: Kg L. ESTERNAL cm P. XIFOIDEO cm
TALLA: P. AXILAR cm P. UMBILICAL cm

RESPIRATORIOS: ASMA EPOC TBC TBQ

OTROS: _____

INFECTOLOGICOS: CHAGAS HEPATITIS

OTROS _____

QUIRURGICOS: _____

HABITOS ETILISMO TIEMPO _____ CANTIDAD _____
DROGADICCION TIPO _____
TATUAJES LUGAR _____ TIEMPO _____
HABITOS SEXUALES _____
ANTECEDENTES CARCELARIOS TIEMPO _____

Handwritten signature/initials

MEDICACION HABITUAL:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

CABEZA Y CUELLO:

PIEL Y TCS:

TORAX: TRAUMATISMO

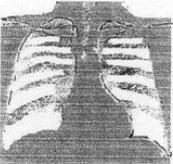
FECHA INGRESO ARM: ____/____/____ **TIEMPO ARM:** DÍAS HORAS

TOT N° ____ **FECHA:** ____/____/____ **TNT** N° ____ **FECHA:** ____/____/____

TQT N° ____ **FECHA:** ____/____/____ **DRENAJES**

SECRECIONES MUCOSAS PURULENTAS HEMATICAS

Rx Tx: ____/____/____ : NORMAL INFILTR. ATELECT. DERRAME NMTx



Rx Tx: ____/____/____ : NORMAL INFILTR. ATELECT. DERRAME NMTx



187

AP. RESPIRATORIO:

AP. CARDIOVASCULAR: R1.....R2.....R3.....R4.....SOPLOS _____

PARO CARDIACO FECHA ___ / ___ / ___ TIEMPO: _____ CVE N° _____ joules

HIPOTENSION TAS < 70 mmHg FECHA ___ / ___ / ___ DURACIÓN: _____ TTO: _____

HTA TAS > 170 mmHg FECHA ___ / ___ / ___ DURACIÓN: _____ TTO: _____

ECG: ___ / ___ / ___ RITMO: _____ FC: _____ EJE: _____ PR: _____ QRS: _____

QT: _____ QTc: _____ SUPRA ST

INFRA ST ONDA T _____

OBS: _____

ABDOMEN: TRAUMATISMO CICATRICES

HEPATOMEGALIA ESPLENOMEGALIA

SOMA: FRACTURAS:

OTROS _____

SONDA VESICAL: FECHA ___ / ___ / ___ hora: _____ DIAS _____

VIA CENTRAL: FECHA ___ / ___ / ___ hora: _____ DIAS _____

VÍA ARTERIAL: FECHA ___ / ___ / ___ hora: _____ DIAS _____

SONDA NASOGÁSTRICA:

DRENAJES/OTROS

MEDICACION: _____

21

VALOR/REF.

FECHA Y HORA							
LAB. DE REFER							
HTO							
Hb							
LEUCOCITOS							
Nc/Ns/E/B/L/ M							
PLAQUETAS							
T.QUICK							
KPTT							
PDF							
DIMERO D							
GLUCEMIA							
UREMIA							
CREATININA							
Ac. Urico							
Bb t							
Bb d							
TGO							
TGP							
FAL							
GGT							
COLESTEROL							
PROT. T/ ALB.							
AMILASA							
CK							
CK MB							
LDH							
Calcio							
Fósforo							
Magnesio							
Sodio							
Potasio							
Cloro							
SUBUN. β-GCH							
ORINA:	Proteinuria	Leucocitos	Piocytes	Hematies	C Hialinos	Granulos.	

Handwritten signature

CERTIFICADO DE IMPLANTE**FISCALIZADO**

El presente certificado de implante C51 #####, pertenece al proceso de donación #### y si aún no fue fiscalizado debe ser enviado al (organismo fiscalizador). En la presente, el equipo de trasplante certifica el implante del órgano o tejido especificado.

General

Constancia C51 - NRO ####

Certificado de implante:
 Proceso de donación / Donante:
 Establecimiento origen:
 Organismo responsable / Provincia:
 Lista de distribución / Orden:
 Completó el certificado:
 Fiscalizó el certificado:
 Constancia de fiscalización C51:

Receptor

Nombre y apellido / Documento:
 Organo/Tejido implantado:
 Inscripto en lista de espera:
 Ojo a Tx / Injerto / Tipo:
 Situación del paciente a las 24hs:
 Compatibilidad donante:
 Compatibilidad receptor:
 Financiado vigente:

Equipo de trasplante

Institución que implantó:
 Número de institución / Provincia:
 Número de ETX / Programa:
 Médico responsable:
 Fecha de ablación del donante:
 Inicio de operación / Finalización:
 Tiempo Ablación/Implante:
 Inmunosupresores:

Firma y aclaración :

Puede consultar la validez de esta constancia en

Constancia C51 - NRO ####

