



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

Buenos Aires, 12 de septiembre 2001

## **VISTO**

Las atribuciones y deberes conferidos al I.N.C.U.C.A.I. por la Ley N° 24193,y:

## **CONSIDERANDO**

Que por Decreto 1125/2000, se modifica el anexo del Decreto N° 512/95, con el fin de incorporar al Artículo 2, la práctica médico quirúrgica de ablación e implante de Membrana Amniótica.

Que en el caso de implante de Membrana Amniótica ha dejado de ser una práctica de investigación para tener una aplicación clínico quirúrgica en diferentes especialidades médicas, tales como: cirugía reparadora, cirugía oftalmológica y cirugía maxilofacial, entre otras.

Que por haber surgido la existencia de potenciales receptores de Membrana Amniótica resulta necesario establecer criterios específicos al respecto, determinando de manera específica los mecanismos de inscripción y los criterios médicos que justifican esta práctica.

Que, en forma simultánea y a los efectos de lograr la mayor eficiencia en el control de calidad en el ámbito de los tejidos de origen humano, resulta imprescindible adoptar protocolos que contengan todos los datos que permitan la comprobación de los procesos de procuración, procesamiento, conservación, distribución y asignación del tejido en cuestión para su implante.

Que, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las normas ético legales y de bioseguridad en la recepción, procesamiento, conservación, distribución y asignación de la Membrana Amniótica se deberán cumplir con los registros y normas de procedimientos que como Anexos I, II , III y IV forman parte de la presente resolución.

Que se constituyó la Comisión Asesora Honoraria de Bancos para procesamiento de Membrana Amniótica constituida por profesionales de reconocida actividad científica en la materia, conformada por representantes de Sociedad Argentina de Oftalmología, el Consejo Argentino de Oftalmología, el Banco de Ojos del Hospital Municipal de Oftalmología Santa Lucía, el Banco de Homoinjertos Valvulares y Vasculares del Hospital Nacional de Pediatría "J.P. Garrahan", la Comisión Asesora Honoraria de Oftalmología y distintos profesionales de especialidades médicas como Anatomía Patológica, para el estudio y la elaboración de las normas correspondientes a las prácticas mencionadas.

Que el Departamento Jurídico y la Dirección Científico Técnica han tomado la intervención que les compete;



*Ministerio de Salud de la Nación*



Que el Consejo Asesor de Jurisdicciones ha tomado la intervención de su competencia

Que se actúa en virtud de lo expuesto en el artículo 44 de la Ley N° 24193

Que el tema ha sido considerado por el Directorio en su sesión N° 29 del día 11 de septiembre de 2001

**Por ello:**

**EL HONORABLE DIRECTORIO DEL  
INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE  
ABLACIÓN E IMPLANTE**

**RESUELVE:**

Artículo 1º: Apruébense las Normas de Procedimiento y Organización de registros de solicitud de Membrana Amniótica para su implante, que como ANEXO I forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2º: Apruébense las Normas de Procedimientos de Distribución y Asignación de Membrana Amniótica para su implante, que como ANEXO II forman parte de la presente Resolución.

Artículo 3º: Apruébense las Normas Técnicas y Operativas para la Obtención, Procesamiento, Preservación y Liberación de la Membrana Amniótica para su implante que, como ANEXO III forman parte de la presente Resolución.

Artículo 4º: Regístrese. Comuníquese a la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Notifíquese a la Dirección Científico Técnica, a la Dirección Médica, al Departamento de Asuntos Jurídicos, a la Sociedad Argentina de Trasplantes, a la Sociedad Argentina de Obstetricia, a la Sociedad Argentina de Oftalmología, al Consejo Argentino de Oftalmología, a las Sociedades Científicas afines, a los Bancos de Tejidos, a las Autoridades Provinciales y Organismos Jurisdiccionales. Dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial para su publicación. Cumplido, archívese.

**RESOLUCIÓN N° 187/01**



Ministerio de Salud de la Nación

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**incucai**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

## ANEXO I

### **NORMAS DE PROCEDIMIENTO Y ORGANIZACIÓN DEL REGISTRO DE RECEPTORES DE MEMBRANA AMNIOTICA.**

1. El registro de pacientes potenciales receptores de Membrana Amniótica se realizará a través de una solicitud al Banco de Tejidos habilitado para tal fin. En dicha solicitud deberán constar todos los datos filiatorios y diagnóstico médico que motive el implante en el receptor, así como los datos del profesional responsable debidamente habilitado.

2. Una vez presentada la solicitud al Banco de Tejidos, este deberá generar un número de registro. Se enviará copia de ese registro de inscripción al Jefe de Equipo, a través de la "Constancia de Solicitud de Membrana Amniótica" y al I.N.C.U.C.A.I. u Organismo Jurisdiccional en forma regular.

3. Para acceder a la Lista de Membrana Amniótica se considerarán los siguientes diagnósticos por especialidad:

A) Oftalmología:

- A.1.1) Enfermedades muco sinequiantes
- A.1.2) Patologías de superficie ocular
- A.1.3) Reconstrucción de fondos de saco
- A.1.4) Quemaduras
- A.1.5) Keratopatías Bullosas Fáquicas o Pseudofáquicas

B) Quemados

C) Cirugía reparadora

D) Cirugía máxilo-facial

E) Otras Indicaciones Médicas

4. El Director del Banco de Tejidos deberá asegurar la calidad y bioseguridad de la Membrana Amniótica durante los procesos de selección del equipo quirúrgico, del donante, consentimiento de la madre donante, transporte del tejido al Banco, técnicas de procesamiento de la Membrana Amniótica para su utilización en la práctica medico quirúrgica, preservación del tejido, liberación del tejido y seguimiento del injerto hasta su utilización y posterior resultado. También es el responsable del manteniendo de todos los registros que involucren al tejido, a saber: la solicitud de Membrana Amniótica, el registro de los profesionales habilitados solicitantes, protocolo de liberación de la Membrana Amniótica y certificado de implante de la misma. Una vez reunida esta documentación, el Banco de Tejidos deberá remitir al INCUCAI u Organismo Jurisdiccional correspondiente una copia completa de la misma. (ANEXO III: Normas Técnicas y Operativas para la Obtención, Procesamiento y Liberación de la Membrana Amniótica).



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

## **ANEXO II**

### **NORMAS DE PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE MEMBRANA AMNIOTICA PARA SU IMPLANTE**

#### **1. - CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE LA MEMBRANA AMNIOTICA.**

1.1. -La distribución y asignación de la Membrana Amniótica en el ámbito nacional se realizará a través de los Bancos de Tejidos habilitados para tal fin observando un registro en el cual serán incorporados todos los receptores ordenados por fecha de inscripción. Todos los receptores tendrán situación de ELECTIVO.

1.2. -En caso de reinjerto el receptor deberá ser reinscripto y se tendrá especial atención a la entrega de un tejido que provenga de una donante diferente al efectuado durante el primer injerto con el objeto de disminuir los efectos de la reacción inmunológica, excepto indicación contraria del profesional solicitante.

1.3. - El Cirujano que implanta el tejido deberá remitir al Banco de Tejidos un original del Certificado de Implante de Membrana Amniótica dentro de las 48hs de realizado el mismo. En caso de no implante del tejido el profesional deberá remitir un protocolo de Justificación de No Implante (NT) en el cual deberá dar las explicaciones del caso.

1.4. - La distribución y asignación se realizará desde el ámbito del Banco de Tejidos habilitado a tal efecto y que posea la Membrana Amniótica disponible.



### ANEXO III

#### NORMAS TÉCNICAS Y OPERATIVAS PARA LA OBTENCIÓN, PROCESAMIENTO, CRIOPRESERVACIÓN Y LIBERACIÓN DE LA MEMBRANA AMNIÓTICA PARA SU USO TERAPÉUTICO.

##### 1) SELECCIÓN DE LA DONANTE

- Madre sana, mayor de edad<sup>1</sup>, en pleno uso de sus facultades mentales
- Embarazo sano y controlado por un período no menor a 6 meses (descartar factores de riesgo)
- Feto sano, sin patología placentaria
- Parto por cesárea programada sin ruptura de bolsa
- Madre y feto libres de infecciones transmisibles (virales, bacterianas, otros microorganismos)
- Consentimiento materno, médico y con testigo
- Serología del primer trimestre del embarazo negativa

##### 2) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA DONANTE.

- Factores de riesgo (bisexualidad, drogadicción, tatuaje realizado en un período menor a seis meses, promiscuidad sexual, antecedentes carcelarios)
- Infección materna crónica o aguda
- Infección fetal crónica o aguda
- Infección o inflamación de las Membranas Fetales
- Proceso legal (madre menor de edad, convicta, mujer abusada sexualmente, bajo tutoría por discapacidad física o mental)
- Menores de 18 años.\*

##### 3) PRUEBAS SEROLÓGICAS

- HTLV I y II (por aglutinación de partículas)
- HIV I y II (Elisa de 3era. generación)
- VDRL
- Hbs Ag. (Elisa monoclonal)
- Anti HCV (Elisa de 2da. Generación)
- Anticore (MEIA)
- Toxoplasmosis (MEIA)
- Chagas (Elisa)
- Chagas (Latex)
- CMV IgG (MEIA)
- CMV IgM (MEIA)
- Huddleson

(se deberán obtener al menos dos resultados negativos para Chagas)

---

\*La mayoría de edad se considera 18 años sobre la base de la Ley N° 24193



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

Por ser un Donante Vivo No Relacionado se deberá obtener una segunda muestra de sangre de la madre a los seis meses del parto o si durante el embarazo fue controlada, la segunda muestra para serología se obtendrá en el momento del parto , con el objeto de contar con no menos de dos resultados negativos confiables de las pruebas serológicas.

#### 4) HABILITACIÓN DE BANCOS DE TEJIDOS

##### 4.1) Recursos Humanos Profesionales.

Los Bancos de Tejidos funcionarán bajo la responsabilidad de:

1. Director Médico: médico con experiencia mínima de un año en el funcionamiento y administración de un Banco de Tejidos.
2. Director Técnico: químico, farmacéutico, biólogo o médico que acredite haber participado en el procesamiento y que acredite fehacientemente formación y experiencia en los procesos técnicos de preparación y conservación de tejidos para trasplante.

##### 4.2) Dependencia del Banco de Tejidos.

Los Bancos habilitados podrán funcionar en establecimientos asistenciales públicos o privados, de la seguridad social, de las fuerzas armadas, habilitados como tales por la Autoridad Sanitaria Jurisdiccional o bien bajo la responsabilidad de la misma

##### 4.3) Estructura Edilicia.

El Banco deberá contar con espacio físico destinado exclusivamente para sus fines incluyendo las siguientes áreas:

- Área administrativa y archivo
- Área de recepción de materiales
- Área de procesamiento(flujo laminar)
- Área de almacenamiento de tejidos procesados, equipada con la tecnología necesaria que garantice la adecuada conservación de los tejidos procesados tanto en fresco como criopreservados.
- Área de lavado
- Seroteca y archivo escrito o informatizado de los resultados serológicos.



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

#### 4.4) Equipamiento, medios y servicios.(según la técnica empleada para el procesamiento del tejido)

- Medios de decontaminación / esterilización
- Medios de cultivo – nutrientes
- Congeladora (-20°C / -80°C)
- Equipamiento de criopreservación a – 80° C (descenso programado)
- Campana de flujo laminar
- Instrumental adecuado para el procesamiento de tejidos
- Suministro de energía eléctrica permanente
- Liofilizadora

#### 4.5) Servicios Complementarios.

El Banco deberá contar o disponer mediante convenio o instrumento administrativo similar, de laboratorios de microbiología, serología y anatomía patológica.

#### 4.6) Normas de Funcionamiento.

##### a) Procesamiento:

El Banco deberá rechazar todo tejido que no llegue a destino debidamente identificado, y en las siguientes condiciones:

1. Placenta completa con membranas amniocoriónicas y cordón umbilical sumergida en Solución de Ringer Lactato o Solución Fisiológica a una temperatura menor de +4° C /- 2° C, dentro de un envase de transporte rígido (plástico o similar).
2. Este envase deberá estar rotulado, enfriado con hielo común a una temperatura de entre 0° y 4° C y dentro de un contenedor rígido, también rotulado.
3. El tejido deberá estar acompañado por una muestra de sangre materna para la realización de las pruebas serológicas.

##### b) Disección:

La disección del tejido (Membrana Anmiótica) deberá ser realizada en un ambiente de calidad certificada y deberá efectuarse bajo campana de flujo laminar.

Todos los tejidos deben ser procesados asépticamente, utilizando paños, envoltorios e instrumental quirúrgico estériles.

El tejido(Membrana Anmiótica) debe mantenerse húmedo y a temperatura constante y fría (menor a 10° C) para preservar su calidad y propiedades.



Ministerio de Salud de la Nación

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

El remanente de la placenta y un fragmento de la membrana amniocoriónica a procesar deberá ser remitida para su estudio anatomopatológico a los efectos de descartar patología placentaria y de las membranas. Solo luego de obtener resultados dentro de límites normales, el tejido podrá ser liberado.

**c) Medidas:**

- 4cm por 4cm (uso oftalmológico estándar)
- a demanda por especialidad y práctica

**d) Descripción de la Membrana Amniótica y Clasificación.**

La Membrana Amniótica será declarada como tejido “ APTO “ y se destinará a la distribución y asignación en caso de cumplir con todas las normas de calidad requeridas.

En caso contrario el tejido será declarado “ NO APTO “ y el mismo se deberá descartar dejando constancia de dicho trámite en el registro del Banco.

**e) Registro.**

Todos las Placentas completas que ingresen al Banco de Tejidos para ser procesadas o no, deberán ser registradas en un formulario o protocolo.

**f) Decontaminación.**

En los casos en que los tejidos hayan recibido tratamiento antibiótico, el protocolo o la composición de la asociación antimicrobiana utilizada debe ser informada al cirujano que realice el implante.

Deberá realizarse un estudio microbiológico de la Membrana Amniótica como mínimo al iniciar y finalizar el proceso de decontaminación (gérmenes aerobios, anaerobios y hongos).

**g) Esterilización.**

El producto final debe asegurar un “SAL” (steril assurance level) – nivel de seguridad de esterilidad de  $10^{-6}$  (diez a la menos seis).

**h) Preservación.**

Todos los tejidos deberán ser envasados en forma aséptica usando paños, paquetes, nylon, envases rígidos, instrumental y materiales descartables estériles. Este procedimiento debe ser realizado en un ambiente limpio y bajo flujo laminar de igual forma que la disección y medición de la Membrana Amniótica.





Deberán establecerse el medio, tiempo, temperatura de incubación, así como los grados de congelamiento y el punto final de la criopreservación que produzca un tejido para implante clínicamente adecuado para su utilización. El tejido también podrá ser liofilizado.

Esta información deberá estar disponible para el cirujano que efectúe el implante en el momento de la distribución y asignación del tejido.

**i) Envasado.**

El envase deberá garantizar la esterilidad del tejido para evitar la contaminación; el material del envase deberá ser compatible con el método de esterilización y conservación elegidos.

**j) Etiquetado.**

El etiquetado de los envoltorios deberá mencionar el número de serie asignado al tejido, tipo de tejido, tamaño estándar (4cm x 4cm) o especial (por especialidad y práctica).

Todos los Bancos deberán utilizar formas similares de etiquetado, conteniendo cada uno su propio código de Banco, denominación del mismo (nombre) y el número de teléfono.

Deberá también consignarse la fecha de vencimiento del tejido. Se deberá dejar constancia del procesamiento "UP" (hacia arriba) o "DOWN" (hacia abajo), en relación a la posición del tejido sobre el tul o membrana de nylon que tiene función de sustento.

**k) Almacenamiento.**

La A.N.M.A.T. deberá supervisar el control de calidad o funcionamiento del equipamiento.

La C.N.E.A. deberá supervisar el control de calidad del tejido en caso de que éste fuera irradiado para su esterilización.

La dosis máxima admitida recomendada será de 25 Kilograys.

El proceso de irradiación deberá estar validado para permitir el nivel de seguridad de esterilidad de  $10^{-6}$  (SAL).

**l) Liberación y Transporte de la Membrana Anmiótica.**

Los tejidos serán entregados por el Banco habilitado para tal fin. Este remitirá al I.N.C.U.C.A.I. un informe sobre la actividad de procuración, procesamiento, descarte y liberación de tejidos así como la lista de receptores e implantes realizados, una vez que recepcione toda la documentación requerida, en forma mensual.



El Banco de Tejidos deberá confeccionar un protocolo de liberación para el cirujano que realice el implante, que deberá acompañar al tejido y consignará la siguiente información:

- Fecha del procesamiento de la Membrana Anmiótica
- Fecha de vencimiento de la Membrana Anmiótica
- Edad de la donante
- Breve descripción de la Membrana Anmiótica
- Si se utilizaron antibióticos, especificar la composición de la asociación antimicrobiana.
- Si la Membrana Anmiótica ha sido irradiada, aclarar fecha y dosis (sensor Go – No Go)
- Certificado de Irradiación
- Resultado de las serologías
- Resultados microbiológicos
- Procedimiento de preservación.

**m) Traslado de la Membrana Anmiótica y cadena de frío.**

La Membrana Anmiótica fresca no criopreservada deberá ser trasladada en envase que garantice la esterilidad manteniendo una temperatura no mayor de +4° C con hielo común (hielo húmedo).

La Membrana Anmiótica criopreservada deberá ser trasladada en estado de congelación. Para ello se implementará un traslado rápido en hielo seco hasta el centro de implante.

Tanto el Banco como el centro de implante son co-responsables en garantizar el mantenimiento de la cadena de frío de la Membrana Anmiótica con el fin de que no se altere la calidad y las propiedades de la misma.

En caso de haber sido desecada o liofilizada, el transporte de la Membrana Anmiótica se realizará a temperatura ambiente.

**n) Preparación de la pieza para el implante.**

Para restablecer la integridad biológica de la Membrana Anmiótica y restaurar el medio isotónico es necesario un correcto descenso de la temperatura (descongelamiento) del mismo. Para ello cada Membrana Anmiótica liberada deberá ser acompañada de un instructivo específico de la modalidad a seguir incluyendo los materiales necesarios para ello.

La Membrana Anmiótica no criopreservada (fresca) deberán ser simplemente removida del envase y esperar a que llegue a la temperatura necesaria para ser implantada.

La Membrana Anmiótica desecada o liofilizada deberá ser rehidratada.



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

## 5) Control de Calidad.

### 5.1) Control de calidad de la Membrana Anmiótica a implantar.

#### a) Microbiológicos:

- Durante la obtención de la placenta
- Durante la disección
- Durante la criopreservación
- Durante el implante

#### b) Pruebas Serológicas.

#### c) Anatomía Patológica de la Placenta y fragmento de membrana amniocoriónica.

Deberá existir un registro foliado de los controles de calidad.

Deberán realizarse controles técnicos y de validación de los procesos de esterilización, de monitores ambientales, de calibración de los equipos y de procedimientos, los cuales deberán quedar registrados y firmados por el responsable del Banco de Tejidos.

## 6)- Registros y Manuales de Procedimientos.

El Banco de Tejidos deberá llevar registros foliados de:

- Registro del Control de la Calidad de la Membrana Anmiótica
- Registro de las Membranas Anmióticas procesadas, asignadas y descartadas.

En todos los casos se deberán consignar los datos filiatorios completos de la donante, procedimientos empleados y destino de la Membrana Anmiótica (implantada, almacenada o descartada)

El Banco de Tejidos deberá elaborar:

- Manual de Procedimientos Técnicos
- Manual de Control de la Calidad

## 7)- Demora pre procesamiento.

Las Placentas deberán ser procesadas lo antes posible. Se dispone de hasta 24hs luego del alumbramiento para su procesamiento, siempre y cuando su conservación se haya efectuado en el medio de transporte a 4° C en forma inmediata a la procuración.



*Ministerio de Salud de la Nación*

TRASPLANTES DE ORGANOS  
**ncucaí**  
AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

8)-Envío de la Membrana Anmiótica al centro de implante.

El envase externo deberá ser rígido y resistente y el etiquetado exterior deberá contener los siguientes datos para su identificación:

- Datos del Banco de origen
- Identificación, tipo y características de la Membrana Anmiótica
- Adosar las instrucciones y formularios correspondientes para el cirujano
- Consignar las siguientes precauciones durante el traslado ("FRÁGIL. TEJIDO HUMANO PARA TRASPLANTE")
- Consignar los siguientes riesgos("MATERIAL BIOLÓGICO PARA TRASPLANTE LIBRE DE CONTAMINACIÓN")
- Identificación del centro de implante y profesional responsable
- Nombre del Receptor



Ministerio de Salud de la Nación



**NOTA DE CONSENTIMIENTO**  
**(DONANTE VIVO NO RELACIONADO)**

**DONACIÓN DE PLACENTA**

<u>Establecimiento:</u>	<u>Fecha:</u>
<u>Domicilio:</u>	<u>Tel:</u>
<u>Medico a cargo:</u>	<u>MN:</u> <u>Tel.:</u>
<u>Observaciones:</u>	

En la Ciudad de Buenos Aires, a los                      días del mes de                      del año,  
YO                      DNI                      fecha de nacimiento                      ,  
con domicilio en                      de la ciudad de  
, en pleno uso de mis facultades mentales y libre de toda coacción, doy mi  
consentimiento para la donación de la placenta, cuyo fin será la utilización médica de  
la misma.

Asimismo permito que se me extraiga una muestra de sangre para la realización de  
estudios complementarios pertinentes.

<u>Firma y aclaración de la donante</u>	<u>Firma y Aclaración de un Testigo</u>
---	---

Firma y sello del médico a cargo

---



Ministerio de Salud de la Nación



### Membrana Amniótica

#### Información de la donante.

Nombre y Apellido: DNI: Fecha Nac.:

Edad: Domicilio:

Grupo y factor:

Lugar y fecha del parto: Banco que procesa:

#### IDENTIFICACION DEL MEDICO OBSTETRA

A) Nombre y Apellido

Nº de Matrícula

Domicilio

Teléfono

Observaciones

#### IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Denominación: 1- Público 2- Privado 3- Otro

Domicilio

CP:

Teléfono

Director de Establecimiento

Jefe Servicio de Obstetricia/Guardia:

Observaciones



*Ministerio de Salud de la Nación*



Membrana Amniótica

IDENTIFICACION DEL BANCO DE TEJIDOS QUE A CARGO DEL PROCESAMIENTO

Denominación:

Código del Banco:

Domicilio:

CP:

Teléfono:



Ministerio de Salud de la Nación



Membrana Amniótica

INFORMACION DEL TEJIDO

Fecha de Procesamiento: Código de Identificación Lote:

Tamaño: 4 cm x 4 cm Otros (especificar):

Observaciones:

DATOS DE LA PRESERVACION

Solución de : ATB SI NO Observaciones:

Criopreservante SI NO Observaciones:

Temperatura de Preservación

Temperatura Ambiente: 4°C -80°C -196°C

Congelamiento	SI	NO	Criopreservante	SI	NO
Irradiación	SI	NO	Dosis Empleada	15 Kds	25 Kds
Liofilizado	SI	NO	Desecado	SI	NO





Ministerio de Salud de la Nación



Membrana Amniótica

INFORME DE ESTERILIDAD  
ESTUDIOS SEROLÓGICOS Y MICROBIOLOGICOS

	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
AEROBIOS				
ANAEROBIOS				
HIV I y II				
HTLV I y II				
ANTICORE				
HbsAg				
Anti VHC				
CHAGAS (1er)				
CHAGAS (2do)				
CMV IgM				
CMV IgG				
TOXO IgM				
TOXO IgG				
HUDDLESON				
VDRL				

Cultivos Micológicos:

Germen:

Observaciones:

*Se adjunta protocolo de recomendaciones y materiales para el descongelamiento*

Firma del Responsable del Banco de Tejidos



Ministerio de Salud de la Nación



Membrana Amniótica

DATOS DEL CENTRO DE TRASPLANTE

Centro de Trasplante

Nombre de Establecimiento:

Dirección:

CP:                      Localidad:                      Partido:                      Provincia:

Teléfono:                      Fax:                      Correo Electrónico

Médico a cargo:                      Matrícula Profesional:

Datos del Receptor

Documento Identidad N°                      Tipo 1) DNI 2)LC 3)LE 4)CI 5)Otro

Registro de Inscripción en el Banco:

Nombre y Apellido:                      Sexo    M    F  
F. De Nacimiento:                      Edad:

Protocolo Operatorio

Fecha de Implante:

Diagnóstico:

No se realiza el implante:

Causa referentes al Receptor

Causas referentes al tejido

Otras causas:

Sello y Firma del Cirujano Responsable