

ANEXOS

1- Consentimiento Informado para AUTORIZACION DE EGRESO DE UNIDADES DE CPH DE SCU (según Resolución 319/04 y 69/09).

El Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, AUTORIZA, al Banco de CPH de SCU

.....a liberar la Unidad

preservada en ese establecimiento, destinada a ser utilizada en el Trasplante Autólogo / Trasplante Alogénico del paciente cuyos datos personales, patología, estudios de histocompatibilidad (cuando correspondan) lugar y fecha del trasplante figuran en este Registro.

Lugar y fecha

Firma del Director del Registro Nacional de Donantes de CPH.

2- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESERVACION, USO AUTOLOGO EVENTUAL Y DONACION DE CPH DE LA SANGRE PLACENTARIA Y DEL CORDON UMBILICAL (según Resolución 319/04 y 69/09)

NOMBRE DE LA INSTITUCION

NOMBRE DEL B-CPH-SCU

A los días del mes de del año.....

mediante el presente consentimiento escrito, ACEPTO / ACEPTAMOS PRESERVAR en forma voluntaria, luego del nacimiento de mi / nuestro hijo las Células Progenitoras Hematopoyéticas de la sangre residual de la placenta y del cordón umbilical, para su almacenamiento en el Banco de Células Progenitoras Hematopoyéticas

....., conforme la información recibida sobre el uso autólogo eventual de las mencionadas células, usos

para los que no hay indicación médica establecida actual, asumiendo los costos operativos que la colecta y preservación implican. Asimismo, ACEPTO / ACEPTAMOS que las mencionadas células sean inscriptas en el Registro Nacional de Donantes de CPH que funciona en el INCUCAI y que en el caso de existir un paciente en nuestro país o en el exterior que necesite de un Trasplante de CPH, cuya compatibilidad coincida con la unidad preservada, la misma sea destinada para el alotrasplante del mismo, no generando dicha utilización ningún tipo de resarcimiento económico.

He / hemos recibido y entendido la información presentada referente a la donación de células progenitoras hematopoyéticas, y he / hemos tenido la oportunidad de formular las preguntas consideradas necesarias para comprender plenamente el procedimiento.

He / hemos sido informados que en caso de que la unidad no reuniera los requisitos que establecidos en las Resoluciones INCUCAI Nros. 319/04 y 060/09 y en las que en un futuro las reemplacen, complementen o amplíen, para su preservación, la misma será desechada, salvo que el Banco proponga su utilización en el marco de un protocolo de investigación debidamente aprobado por la autoridad competente, en cuyo caso se requerirá un consentimiento específico para ello.

ACEPTO / ACEPTAMOS que, para el caso de desistir de la preservación de la unidad, la misma sea transferida a un banco público y estará disponible exclusivamente para su uso alogénico.

Doy / damos nuestra AUTORIZACION para que con la sangre placentaria se efectúen los estudios de grupo sanguíneo, factor Rh, histocompatibilidad, cultivos bacterianos y celulares, estudio de enfermedades infecciosas transmisibles y cualquier otro estudio que se considere necesario a los fines del trasplante. Doy / damos nuestra CONFORMIDAD para que toda la información obtenida de los estudios efectuados y surgidos de este acto se incluyan en el Registro Nacional de Donantes de CPH y en cualquier registro internacional que el INCUCAI juzgue apropiado, de manera estrictamente confidencial.

Nombre y Apellido de la madre

.....

DNI

.....
Fecha de Nacimiento

.....
Dirección

.....
Teléfono

.....
Firma

.....
Nombre y Apellido del padre

.....
DNI

.....
Fecha de Nacimiento

.....
Dirección

.....
Teléfono

.....
Firma

.....
Nombre y Apellido de la persona que obtiene el consentimiento

.....
DNI

.....
Firma

3- CONSENTIMIENTO EXCLUSIVO PARA LA MADRE (según Resolución 319/04 y 69/09).

Estoy de acuerdo en que 20 ml. de mi sangre se utilicen para la determinación del grupo sanguíneo, factor Rh, antígenos del sistema HLA y el estudio de marcadores de enfermedades infecciosas transmisibles.

Firma, aclaración y DNI:

4- IDENTIFICACION Y ESTUDIOS A REALIZAR SOBRE LA UNIDAD DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL.

Nombre de la Institución	
Nombre del Banco de CPH de SCU	
Dirección	

Identificación de la Unidad de SCU

ID de la Unidad		Sexo (F / M)	
-----------------	--	--------------	--

Grupo sanguíneo

Sistema ABO		Sistema Rh-Hr	
-------------	--	---------------	--

Volumen

Colectado		Criopreservado	
-----------	--	----------------	--

Células Nucleadas Totales		Células CD 34+	
Colectadas		Colectadas	
Criopreservadas		Criopreservadas	

Fenotipo HLA

A	A	B	B	C	C	DRB1	DRB1	DQB1	DQB1

Resultados del tamizaje serológico para enfermedades infecciosas

En Sangre materna								
	No Realizado	Neg	Pos		No Realizado	Neg	Pos	
Brucelosis				Hep C				
Sifilis				HIV				
Chagas				Toxoplasmosis				
Hep B				Citomegalovirus				

En Sangre del recién nacido								
	No Realizado	Neg	Pos		No Realizado	Neg	Pos	
Brucelosis				Hep C				
Sifilis				HIV				
Chagas				Toxoplasmosis				
Hep B				Citomegalovirus				

Viabilidad celular	
--------------------	--

Número de viales criopreservados:	Suero:	Plasma:	Células:	ADN:
-----------------------------------	--------	---------	----------	------

Resultados microbiológicos

	Pos	Neg
Aeróbicos		
Anaeróbicos		

Fecha del informe: dd/mm/aaaa/...../.....	Firma del Director del Banco
----------------------------------	-------------------	---------------------------------	-------