

CONVENIO

Entre el **CENTRO ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**, en adelante **EL CUCAIBA**, con domicilio legal en Avda. 51 N° 1120 entre 17 y 18 de la ciudad y partido de La Plata, representada en este acto por el Doctor. Francisco Leone en su carácter de Presidente y "Ad Referendum" del Señor Ministro de Salud, por una parte, la **ASOCIACIÓN CIVIL PARA EL PROGRESO DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA DE TEJIDOS-BANCO DE TEJIDOS BMA** representado por su Presidente Doctor Alejandro Berra en adelante **BMA** por otra parte y, el **HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS** con domicilio en Avenida Presidente Arturo U. Illia s/n y Marconi Morón 386, B1684 El Palomar, Provincia de Buenos Aires, representado por su Director Ejecutivo Doctor Adrián Tarditti, en adelante **EL HOSPITAL**, acuerdan suscribir el presente Convenio, que tendrá por **OBJETO** la obtención de placentas después del nacimiento para su procesamiento y obtención de membrana amniótica de acuerdo a las **RESOLUCIONES INCUCAI N° 187/01 y 118/09** así como cualquier otra norma que las modifique o reemplace y,

CONSIDERANDO:

Que actualmente la colecta y preservación de placentas es un procedimiento rutinario y bien establecido;

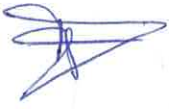
Que las placentas se descartan mayoritariamente como residuos patogénicos;


Por ello,


ACUERDAN suscribir el presente convenio que se regirá por las siguientes cláusulas particulares:

PRIMERA: **EL HOSPITAL** se compromete a manipular y conservar las placentas según los requerimientos establecidos en las Resoluciones Incucaí N° 187/01 y 118/09 o las que las modifiquen o reemplacen, una vez que se haya realizado el parto.-----

SEGUNDA: **BMA** se compromete a capacitar continuamente a todo el personal de **EL HOSPITAL** que participe en la obtención de las placentas de acuerdo a los Procedimientos Operativos Estándar (POEs) vigentes del Manual de Procedimientos y **EL HOSPITAL** se compromete a seguir estos Procedimientos para la realización de la práctica mencionada en la cláusula PRIMERA.-----

 **TERCERA:** **EL HOSPITAL** aplicará los criterios vigentes para la atención de las pacientes embarazadas. Asimismo se compromete a no modificar las prácticas establecidas en el parto.-----

 **CUARTA:** **EL HOSPITAL** con carácter previo a la realización de la práctica, hará firmar a la paciente y al médico un consentimiento informado de donación de placenta, modelo que se agrega como Anexo I y que pasa a formar parte integrante del presente convenio.-----

 **QUINTA:** **BMA** entregará a **EL HOSPITAL** el material descartable utilizado para el almacenamiento y transporte de placentas a su costa, a efectos de proceder a la práctica mencionada en la cláusula PRIMERA, en las instalaciones de **EL HOSPITAL**.-----

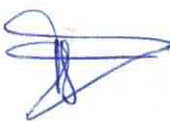
SEXTA: BMA procederá al posterior transporte desde **EL HOSPITAL** hasta **BMA** para permitir el procesamiento de la membrana amniótica de la placenta obtenida.-----


SÉPTIMA: **EL HOSPITAL** dispondrá del material orgánico de desecho conforme a la legislación vigente.-----


OCTAVA: **EL HOSPITAL** designará uno o más responsables para coordinar todos los aspectos necesarios para el cumplimiento del **OBJETO** del presente convenio.-----

NOVENA: **EL HOSPITAL** facultará al personal autorizado de **BMA** a acceder a datos perinatológicos y datos de las madres donantes, existentes en las Historias Clínicas de **EL HOSPITAL**.-----

DÉCIMA: **BMA** a los efectos de la cláusula **NOVENA** autoriza y **EL HOSPITAL** reconoce como personas autorizadas a las que se listan en el Anexo II que integra el presente convenio, debiendo **BMA** mantener actualizada dicha nómina.-----

 **DECIMOPRIMERA:** **BMA** se encuentra eximido de toda responsabilidad por la asistencia de la madre y el recién nacido, en atención a que su intervención se limita a la recepción del material placentario en **EL HOSPITAL** para su posterior procesamiento y almacenamiento.-----

 **DECIMOSEGUNDA:** **EL HOSPITAL** autoriza a **BMA** a que se desarrollen actividades de formación del personal.-----


 **DECIMOTERCERA:** El presente convenio tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su firma. Se considerará renovado automáticamente por períodos iguales, salvo que cualquiera de las partes manifieste su voluntad en contrario de modo fehaciente con una antelación no

inferior a sesenta (60) días corridos al vencimiento del plazo convenido, sin que el hecho de la rescisión otorgue derecho a indemnización alguna y ajustándose a lo estipulado en el convenio marco tramitado mediante EE-2020-15688754-GDEBA-DPHMSALGP.-----


DECIMOCUARTA: Las acciones que pudieran derivarse del presente convenio serán sometidas a la jurisdicción de los Tribunales en lo Contencioso Administrativo de la ciudad de La Plata, para lo cual las partes constituyen domicilios especiales en los enunciados "ut supra", que serán tenidos por válidos para las notificaciones judiciales y/o extrajudiciales que se practiquen.---

En prueba de conformidad, previa lectura íntegra de su contenido, las partes suscriben el presente convenio, en tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los 19 días del mes de AGOSTO de 2022. -

EDO.: "TRIBUNALES FEDERALES de LA PLATA" (CLÁUSULA DECIMO CUARTA) VALE. -



FRANCISCO LEONE
Presidente
CUCAIBA
Mro. de Salud de la Pcia. de Bs. As.



Dr. Alejandro Berra
Asociación Civil para el Progreso
de la Tecnología Médica de Tejidos
Presidente



Dr. ADRIAN TARDITTI
DIRECTOR NACIONAL EJECUTIVO
HPTAL. NAC. PROF. A. POSADAS
M.N. 84612 - M.P. 38735

ANEXO I

1- CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE DONANTE DE PLACENTA

a. REQUERIMIENTOS

- Embarazo controlado.
- Madre y feto libres de infecciones transmisibles (virales, bacterianas y de otros microorganismos).
- Parto natural o por cesárea programada sin ruptura de bolsa
- Feto sano sin patologías placentarias
- Consentimiento de la madre y del médico.

La donación de la placenta implica utilizar los criterios de selección del donante vivo que incluyen:

a. EDAD DE LA DONANTE

1- Deberá ser mayor de edad (18 años)

b. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS- CAUSAS DE RECHAZO

- Falta de conservación de la cadena de frío medidos por el datalogger de temperatura del contenedor térmico.
- Demora entre el parto y el procesamiento mayor de 24 horas,
- Membranas meconiales.
- Membranas con alteraciones macroscópicas significantes
- Serología positiva o reactiva para: HIV I y II, HTLV I y II, HBsAg, IgM antiHBc, anti VHC, Brucelosis, Sífilis, IgM CMV, IgM Toxoplasmosis, y Chagas previa al parto.
- PCR positiva para HIV I y II, HTLV I y II, HBsAg, IgM antiHBc, anti VHC, Brucelosis, Sífilis, IgM CMV, IgM Toxoplasmosis, y Chagas en el tejido del donante.
- Estudios de anatomía patológica que determinen el rechazo.
- Estudios microbiológicos positivos para bacterias y hongos.
- Factores de riesgo presentes (drogadicción, tatuaje realizado hace menos de 6 meses, promiscuidad sexual, antecedentes carcelarios).
- Infección materna crónica o aguda.
- Infección fetal crónica o aguda.
- Infección o inflamación de las membranas fetales.

Todo material rechazado será descartado como residuo patológico, almacenado en freezer a $-20C \pm 4C$ hasta que sea retirado por la empresa contratada para el retiro de residuos patogénicos.

c. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Se toma cualquier contraindicación relativa como causal de rechazo.

2-CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DONACION DE PLACENTA

Lugar y Fecha:

.....

Estimada Sra.:

.....

La placenta está compuesta por tres capas de tejidos que en conjunto se lo llama saco placentario. La capa más externa se la llama Placenta, la del medio Membrana Coriónica y la interna Membrana Amniótica (MA), dentro de estas tres capas se encuentra alojado en el líquido amniótico el feto.

Está demostrado que la tercera capa, Membrana Amniótica (MA), tiene propiedades antiinflamatorias, cicatrizantes y antibacterianas únicas para el tratamiento de heridas generadas por diferentes causas o traumas.

En el curso del parto se obtendrá la placenta, la cual normalmente es descartada como residuo patógeno. En caso de que usted done la placenta, ésta será utilizada para ayudar a curar a personas que lo necesiten.


La placenta será procesada dentro de las 24 horas de obtenida; de no ser procesada transcurrido este tiempo será descartada como residuo patógeno. El procesamiento de la placenta implica separar la tercera capa, llamada MA la cual será utilizada para los tratamientos que se requieran, pudiendo ser almacenada por un lapso no mayor de 5 (cinco) años; transcurrido ese tiempo y en caso de no ser utilizada será descartada como residuo patogénico. El resto del saco placentario, no utilizado, será descartado como residuo patogénico.

En el caso que usted no quiera donar, esto no le ocasionará ningún perjuicio.

Firma del médico - Sello


 Donante:

Yo:.....D.N.I., he leído la nota de donación de la placenta y comprendo lo que estoy donando. Por eso doy/no doy (tachar lo que no corresponda) mi consentimiento para donar la placenta que será obtenida durante el parto. La placenta será procesada dentro de las 24 horas de obtenida, de no ser procesada transcurrido este tiempo la placenta será descartada como residuo patogénico. Luego de procesada la placenta, el tejido obtenido llamado MA podrá ser almacenado por un lapso no mayor a 5 (cinco) años, trascurrido ese tiempo y en caso de no ser utilizada será descartada como residuo patogénico. Entiendo que mi atención como paciente no se modificará independientemente de mi decisión tomada.



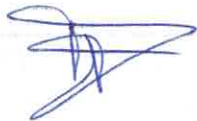
Firma de la donante

3-INFORMACIÓN DE LA DONANTE, PROFESIONAL E INSTITUCIÓN

 AMNIOSBMA BANCO MEMBRANA AMNIOTICA	Planilla identificación Donante, Médico Obstetra e Institución
1. Información de la donante.	
Nombre y Apellido:☐	Lugar y fecha del parto:
Domicilio:	Fecha nacimiento madre:
DNI:	Grupo y factor:
Serología paciente para HIV ☐, Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ Sífilis ☐ Chagas ☐ Brucelosis ☐ Toxoplasmosis ☐ CMV ☐	
Fecha Nacimiento:	Hora de Nacimiento:
Banco que procesa: AMNIOS BMA Banco de Membrana Amniótica	
Observaciones:	
2. Identificación del médico obstetra	
Nombre y Apellido:☐	Número de Matrícula:☐
Domicilio:	Teléfono :
Observaciones:	
3. Identificación del establecimiento	
Nombre establecimiento:	Domicilio:



Tipo de Establecimiento: 1- Público <input type="checkbox"/> , 2- Privado <input type="checkbox"/> 3- Otro Domicilio <input type="checkbox"/>	
CP:	Teléfono :
Director de Establecimiento:	Jefe Servicio de Obstetricia/Guardia: <input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones:	
	Firma y sello
	C2pla001-00





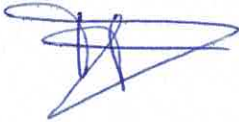
ANEXO II

Personas autorizadas por **BMA** para el presente convenio:

Carlos Mariano Berra, DNI 27.222.644

Alejandro Berra, DNI 12.623.314

Miguel Ángel Balakut, DNI 25.057.986



Dr. Alejandro Berra
Asociación Civil para el Progreso
de la Tecnología Médica de Tejidos
Presidente



Dr. ADRIAN TARDITTI
DIRECTOR NACIONAL EJECUTIVO
HPTAL. NAC. PROF. A. POSADAS
M.N. 84612 - M.P. 38735



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2022 - Año del bicentenario del Banco de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: CONVENIO POSADAS PLACENTA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 10 pagina/s.