

**LIBRO DE REGISTRO DE IMPLANTE DE TEJIDOS**  
**Previsto por la Normativa INCUCAI 1/11 Anexo IV**

**FECHA:**

Rubricada por el Área de HABILITACIONES del CUCAIBA

Datos que se deben asentar de todos los pacientes que se le realicen prácticas de implante de Tejido del Sistema Músculoesquelético y Osteoarticular desde la habilitación del Centro:

**PACIENTE:**

**Apellido y Nombre:** .....

**Tipo y Número de Documento:**.....

**Domicilio:**.....

**Diagnóstico:**.....

**Financiado:**.....

**TEJIDO:**

**Características:**.....

**Procedencia:**.....

**Fecha de Implante:**.....

**Nombre del Médico que realizó la práctica:**.....

.....  
**FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO**

**Requisitos para la habilitación de Odontólogos para implante de Tejidos del Sistema Músculo esquelético y osteoarticular, Membrana Amniótica:**

- Nota del / los profesionales solicitando a Cucaiba la habilitación para dichos implantes y a su vez para el Consultorio o establecimiento a realizarlos, citando la dirección del mismo. Esta nota debe estar firmada y sellada por el profesional solicitante.
- Fotocopia del título de Odontólogo (certificada por Colegio de Odontólogos).
- Fotocopia de título de Especialista (en caso de tener, certificada por Colegio de Odontólogos).
- Curriculum Vitae (resumido).
- Certificado de ética del Colegio de Odontólogos de la región sanitaria correspondiente (original).
- Fotocopia de habilitación del Establecimiento.
- Planilla de C.U.C.A.I.B.A. de Habilidadación de Establecimientos para trasplante (original).\*
- Planilla de C.U.C.A.I.B.A. de Profesionales para trasplantes (original).\*
- Planilla de C.U.C.A.I.B.A. - Anexo I (original).\*

Toda la documentación solicitada deberá ser enviada al Colegio de Odontólogos de la Región Sanitaria que corresponda para luego ser remitida al Consejo Superior el cual se encargará de enviarla a nuestra Institución y así darle curso al trámite de habilitación. Una vez habilitado este CUCAIBA lo remitirá nuevamente al Consejo Superior.

\* Las planillas están disponibles en PDF, para ser impresas y luego poder completarlas a mano con firma y sello del profesional, en la página de C.U.C.A.I.B.A. ( [www.cucaiba.gba.gov.ar](http://www.cucaiba.gba.gov.ar) – margen izquierdo **PROFESIONALES** – del listado que se despliega **HABILITACIONES**)

## **Instructivo para habilitación de establecimientos y equipos de trasplante**

- >Si usted quiere habilitar un establecimiento y/o equipo de trasplante deberá completar la planilla que figura en la página de C.U.C.A.I.B.A.: menú/profesional/habilitaciones
- >Deberá enviarla en original firmada y sellada y también por vía e-mail. Adjuntando lo solicitado en la misma.
- >Si es una institución privada deberá enviar un timbrado de \$115 emitido por el Banco Provincia de Buenos Aires.
- >Tendrá que adjuntar además la habilitación del establecimiento por parte del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. en fotocopia autenticada.
- >Si usted quiere rehabilitar su establecimiento deberá enviar una nota de solicitud aclarando cambios realizados en la infraestructura edilicia y/o equipamiento.
- >Si usted quiere habilitarse como jefe, subjefe o integrante, etc. deberá completar la planilla de profesionales y enviarla en original firmada y sellada y también enviarla por e-mail adjuntado lo solicitado en la misma.
- >Si el centro donde ejercerá su actividad es privado adjuntará un timbrado de \$60 emitido por el Banco Provincia (uno por equipo)
- >Adjuntará fotocopia de D.N.I.
- >Si usted quiere rehabilitarse enviará nota con detalle de cambios o no, en el equipo.

**Todo será remitido a C.U.C.A.I.B.A. sector Habilitaciones calle 129 e/ 51 y 53 C. P. 1925.  
Ante cualquier duda comunicarse con el teléfono 0221 4276070 INT. 207 o por mail  
[habilitaciones@cucaiba.gba.gov.ar](mailto:habilitaciones@cucaiba.gba.gov.ar)**

**HABILITACION DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTES**

EXPTE. Nro. ....

**MEDICO PROPUESTO**

 APELLIDO/S: .....  
 NOMBRE/S: .....  
 DOC. NRO: ..... /... / 01-DNI 02-LE 03-LC 04-CI 05-OTRO NACIONALIDAD: /... / 1- ARGENT 2- EXTRANJ  
 ESPECIALIDAD: ..... MATRICULA NRO: ..... TIPO: /... / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL  
 DOMICILIO: CALLE: ..... Nº: ..... LOCALIDAD: ..... C.P. ....  
 PARTIDO: ..... PROVINCIA: .....  
 TELEFONO: ..... CELULAR: .....  
 E-MAIL: .....

**GESTIONA AUTORIZACION EN CALIDAD DE**
 JEFE DE EQUIPO     SUBJEFE DE EQUIPO     INTEGRANTE DE EQUIPO  
 DEPENDIENTE DE ESTABLECIMIENTO     PUBLICO     PRIVADO     OTROS

NOMBRE OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZARÁ LAS PRACTICAS DE TRASPLANTE

.....

**HABILITACION PARA TRASPLANTE DE**
 ABLACION     IMPLANTE

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- RIÑON Y URETER            | <input type="checkbox"/> 7- OIDO MEDIO EXTERNO               | <input type="checkbox"/> 13- HIGADO-PANCREAS                |
| <input type="checkbox"/> 02- HIGADO                    | <input type="checkbox"/> 8- DURAMADRE                        | <input type="checkbox"/> 14- INTESTINO-PANCREAS             |
| <input type="checkbox"/> 03- CORAZON, VASOS Y VALVULAS | <input type="checkbox"/> 9- ORGANOS DENTARIOS                | <input type="checkbox"/> 15- HIGADO-INTESTINO               |
| <input type="checkbox"/> 04- PULMON                    | <input type="checkbox"/> 10- ELEMENTOS P/SIST. NERVIOSO PERF | <input type="checkbox"/> 16- MEDULA OSEA ALOGENICO-AUTOLOGO |
| <input type="checkbox"/> 05- PANCREAS                  | <input type="checkbox"/> 11- CORAZON-PULMON                  | <input type="checkbox"/> 17- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR   |
| <input type="checkbox"/> 06- INTESTINO                 | <input type="checkbox"/> 12- HIGADO-PANCREAS-INTESTINO       | <input type="checkbox"/> 18- CORNEAS Y ESCLERAS *           |
|  |  | <input type="checkbox"/> 19- PIEL                           |
|  |  | <input type="checkbox"/> 20- OTRO                           |

\* El equipo deberá contar con médico especialista en infectología y pediatría.

**TIPO DE TRASPLANTE**     1- PEDIATRICOS     2- ADULTOS     3- AMBOS

ESTABLECIMIENTO: ..... COD. SAMO .....

**DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA**

- 
- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO PROFESIONAL
- 
- 
- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO ESPECIALISTA
- 
- 
- ANTECEDENTES PROFESIONALES
- 
- 
- CERTIFICADO DE ETICA CON INDICACION DE LA ESPECIALIDAD, EXPEDIDO POR EL COLEGIO DE MEDICOS DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE.

 La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.  
 Declaramos conocer y aceptar las normas legales vigentes sobre ablación e implante de órganos y tejidos.

La Plata, ..... de ..... de 20.....

**SOLICITANTE:**

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

 \_\_\_\_\_  
 ACLARACION

**JEFE DE EQUIPO**

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

 \_\_\_\_\_  
 ACLARACION

**DIRECTOR ESTABLECIMIENTO:**

 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

 \_\_\_\_\_  
 ACLARACION

## ANEXO I

### INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

MARCAR CON X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE  
 LOS ELEMENTOS CONSIGNADOS SE ENCUENTRAN DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EN FUNCIONAMIENTO LAS 24 HORAS

- 1.-  SERVICIO DE CIRUGIA  GENERAL  ESPECIALIZADO  
 1.1.- PARA TRASPLANTE DE ORGANOS
- 1.2.-  QUIROFANOS .....CANTIDAD
- 1.2.1.-  CONTIGUOS  SI  NO
- 1.2.2.-  QUIROFANO DE USO PERMANENTE Y EXCLUSIVO PARA CIRUGIA DE LA ESPECIALIDAD
- 1.3.-  INSTRUMENTAL QUIRURGICO, ADECUADO Y SUFICIENTE DE LA ESPECIALIDAD
- 1.4.-  MONITOREO
- 1.4.1.-  CARDIOSCOPIO
- 1.4.2.-  OXIMETRO
- 1.4.3.-  OXICAPNOGRAFO
- 1.5.-  CARDIOVERSION ELECTRICA
- 1.6.-  ESTIMULACION ELECTRICA CARDIACA
- 1.6.1.-  MARCAPASOS EXTERNO
- 1.7.-  PERFUSION VASCULAR EXTRACORPOREA
- 1.8.-  EQUIPO RADIOGRAFICO O RADIOSCOPICO CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES  
 EN EL ESTABLECIMIENTO  
 POR CONVENIO
- 1.9.-  MICROSCOPIO BINOCULAR PARA USO INTRAOPERATORIO
- 1.10.-  EQUIPO DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA EN QUIROFANO
- 2.-  LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- 2.1.-  LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD  EN EL ESTABLECIMIENTO  
 POR CONVENIO
- 3.-  RAYOS X CON POSIBILIDAD DE EFECTUAR DIAGNOSTICO EN AREA DE TRASPLANTE
- 4.-  HEMOTERAPIA
- 4.2.-  TRATAMIENTO DE ALTERACIONES DE LA COAGULACION Y HEMOSTASIS
- 4.2.1.-  TECNICAS: DESCRIPCION:.....
- 
- 4.3.- **OTROS ESTUDIOS:**
- 
- 5.-  U.T.I. ADULTOS  U.T.I. PEDIATRICOS
- 5.1.-  AISLAMIENTO INDIVIDUAL  ADULTOS  PEDIATRICOS
- 5.2.-  RX EN U.T.I.  ADULTOS  PEDIATRICOS
- 6.-  GUARDIA MEDICA ACTIVA Y PERMANENTE
- 7.-  SERVICIO DE HEMODINAMIA
- 7.1.-  ANGIOGRAFO  EN EL ESTABLECIMIENTO  
 POR CONVENIO
- 8.-  DIALISIS
- 8.1.-  EQUIPO PARA DIALISIS PERITONEAL
- 8.2.-  EQUIPO PARA DIALISIS EXTRACORPOREA

## ANEXO I

### INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

- |         |   |   |
|---------|---|---|
| 8.2.1.- | <input type="checkbox"/> CON SECTOR DE AISLAMIENTO PARA TRASPLANTE                    |   |
| 9.-     | <input type="checkbox"/> SECTOR DE INTERNACION EXCLUSIVA PARA PACIENTES TRASPLANTADOS |   |
| 10.-    | <input type="checkbox"/> CONSULTORIO ODONTOLÓGICO                                     |   |
| 10.1.-  | <input type="checkbox"/> INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DENTO-MAXILAR                      |   |
| 10.2.-  | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA EN EL LUGAR                          |   |
| 11.-    | <input type="checkbox"/> CAMARA GAMMA   | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 12.-    | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA  | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 12.1.-  | <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA  | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 12.2.-  | <input type="checkbox"/> ECO-DOPPLER  | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 13.-    | <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE DIAGNOSTICO BACTERIO-VIRO-MICOLOGICO          | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 14.-    | <input type="checkbox"/> LABORATORIO DE FISIOPATOLOGIA PULMONAR                       |   |
| 14.1.-  | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA RESPIRATORIA                                      |   |
| 15.-    | <input type="checkbox"/> TOMOGRAFO COMPUTADO  | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 16.-    | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |
| 17.-    | <input type="checkbox"/> SERVICIO DE DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO                    | <input type="checkbox"/> EN EL ESTABLECIMIENTO<br><input type="checkbox"/> POR CONVENIO |

#### OTRO EQUIPAMIENTO

Consignar otro equipamiento además del requerido especialmente para diagnóstico y/o tratamiento.

.....

.....

.....

.....

.....

La Plata, ..... de ..... de 20.....

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del Director  
 del Establecimiento

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del Jefe de Equipo