RESOLUCIÓN 110/1999
INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (I.N.C.U.C.A.I.)

Protocolo de Registro de Trasplante de Médula Ósea (MOAT 1).
Del: 22/04/1999; Boletín Oficial 29/04/1999.

VISTO La competencia asignada al INCUCAI por la Ley Nº 24.193 en su articulo Nº 44 inciso p), y
CONSIDERANDO:
Que la Resolución INCUCAI Nº 429/95, que regula la Habilitación y Rehabilitación de Establecimientos y Equipos médicos que realizan Trasplante de Médula Ósea, establece como condición para otorgarla, la evaluación de la producción y resultados de la actividad asistencial de los centros habilitados;
Que a estos efectos se debe contar con un instrumento que permita a las instituciones el adecuado relevamiento de datos a informar a los organismos correspondientes;
Que resulta necesaria la implementación y actualización inherente al seguimiento de pacientes trasplantados;
Que, a tales efectos, corresponde la adopción de criterios uniformes relativos a los datos que deberán remitirse a este INCUCAI para la correcta y eficiente organización de los Registros;
Que es imprescindible la aprobación de Protocolos o Formularios Tipo que contengan los datos mínimos e indispensables para su implementación;
Que a tal fin han colaborado en su confección representantes de la Sociedad Argentina de Trasplantes, el Grupo Argentino de Trasplantes de Médula Ósea, la Sociedad de Inmunohematología, la Sociedad Argentina de Hematología, la Sociedad Argentina de Histocompatibilidad;
Que han tenido la debida intervención, la Dirección Científico Técnica y el Departamento de Asuntos Jurídicos del I.N.C.U.C.A.I.;
Que la medida que se adopta ha sido decidida pro el Honorable Directorio, en su sesión Nº 15 del día 21ABR 1999.
Por ello,
El Honorable Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante resuelve:

Artículo 1º.- Apruébanse los nuevos Formularios Tipo denominados "Protocolo de Registro de Trasplante de Médula Ósea (MOAT 1)" -Autólogo-, "Protocolo de Registro de Trasplante de Médula Ósea (MOAL 1)" -alogenéico y "Protocolo de Evolución de Trasplante de Médula Ósea (MO 2), según modelos que conforman los Anexos I, II y III de la presente Resolución.
Art. 2º.- Los "Protocolos de Registro de Trasplante de Médula Ósea (MOAT 1 Y MOAL 1)", aprobados en el artículo anterior deberán ser confeccionado por los Jefes de Equipo de Trasplante de Médula Ósea autorizados y enviados al INCUCAI dentro de los 30 (treinta) días posteriores al implante.
Art. 3º.- El "Protocolo de Evolución de Trasplante de Médula Ósea (MO 2)", será confeccionado por los Jefes de Equipo de Trasplante de Médula Ósea autorizados y

remitido al INCUCAI al 31 de diciembre de cada año.
Art. 4º.- Autorízase a informar los trasplantes desde el 1/1/98 a la fecha mediante la utilización de los nuevos protocolos.
Art. 5º.- La información requerida, podrá ser remitida en el protocolo que se aprueba, o bien mediante el programa "Evolución del Trasplante de Médula Ósea", el que será provisto pro el INCUCAI. En este último caso, se deberá remitir el disquete correspondiente y además, el protocolo impreso mediante la utilización del programa; esto en carácter de documentación respaldatoria.
Art. 6º.- A partir de la entrada en vigencia de la presente quedan derogadas las Resoluciones Nº 104/96 y 204/96, que regulan la materia hasta la fecha.
Art. 7º.- Comuníquese a la Secretaría de Recursos y Programas de Salud y a las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales a los fines correspondientes. Dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su Publicación. Notifíquese a quienes corresponda. Cumplido archívese.
Dra. María del Carmen Bacque; Dr. Rubén Agustín Nieto; Dr. A. Ricardo La Mura; Dr. Rafael Galindez.

ANEXO

ncucai

CADAIC

CAICA

CAIN

CAIPAT CHUBUT

CAIPAT S.CRUZ

CAIPAT T.D.F.

CAISE

CUCAI CHACO

CUCAI FORMOSA

CUCAI JUJUY

CUCAI LA PAMPA

CUCAI LA RIOJA

CUCAI MISIONES

CUCAI R.NEGRO

CUCAI S.LUIS

CUCAI SALTA

CUCAIBA

CUCAICOR

CUCAIER

CUCAITUC

CUDAIO

IAIBA C.BS AS

INAISA

INCAIMEN

PROTOCOLO DE REGISTRO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA MOAT1)

(Comprende información pretrasplante y hasta el día de la infusión - Día 0)

1.- PACIENTE

Apellido y Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DOC.NRO.: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ 1-DNI 2-LE 3-LC 4-CI 5-OTROS **(Preferentemente: DNI)**

FECHA DE NACIMIENTO:___/___/_____ Edad: SEXO: ☐ Masculino -Femenino

2.- CENTRO DE TRASPLANTE

NOMBRE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.- FECHA DE TRASPLANTE

Fecha del TX:___/___/_____ Nº de TX:

4.- TIPO DE TRASPLANTE

AUTÓLOGO

FUENTE DEL INÓCULO:

Origen Células Progenitoras: ☐ MO ☐ SP ☐ MO+SP

CELULARIDAD DEL INÓCULO:

Nº de Células Nucleadas x 10^8 /kg (Si Médula Ósea):

Nº de Células CD34+:

Nº de Células Mononucleadas x 10^8 /kg (Si Sangre Periférica):

5.- DIAGNÓSTICO

Fecha del Diagnóstico:___/___/_____

Código de Diagnóstico: Diagnóstico:

6.- ESTADO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL TRASPLANTE

Status de la Enf.al TX: Aclaración:

7.- ESCALA DEL ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE (AL MOMENTO DEL TX)

Código Status Actual del Paciente: Grupo:

8.- TRANSFUSIONES PRETRASPLANTE

Nº de Transfusiones de Glóbulos Rojos:

Nº de Transfusiones de Plaquetas:

9.- CONDICIONAMIENTO DEL PACIENTE:

Código Régimen Condicionante: Aclaración:

Movilización:

FECHA DEL INFORME:___/___/_____

FIRMA DEL JEFE DE EQUIPO

Ministerio de Salud y Acción Social

ncucai

CADAIC

CAICA

CAIN

CAIPAT CHUBUT

CAIPAT S.CRUZ

CAIPAT T.D.F.

CAISE

CUCAI CHACO

CUCAI FORMOSA

CUCAI JUJUY

CUCAI LA PAMPA

CUCAI LA RIOJA

CUCAI MISIONES

CUCAI R.NEGRO

CUCAI S.LUIS

CUCAI SALTA

CUCAIBA

CUCAICOR

CUCAIER

CUCAITUC

CUDAIO

IAIBA C.BS AS

INAISA

INCAIMEN

PROTOCOLO DE REGISTRO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (MOAL1)

(Comprende información pretrasplante y hasta el día de la infusión - Día 0)

1.- PACIENTE

Apellido y Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DOC.NRO.: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ 1-DNI 2-LE 3-LC 4-CI 5-OTROS (Preferentemente: DNI)

FECHA DE NACIMIENTO:__/__/_____ Edad: SEXO: ☐ Masculino -Femenino

2.- CENTRO DE TRASPLANTE

NOMBRE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.- FECHA DE TRASPLANTE

Fecha del TX:__/__/_____ N° de TX:

4.- TIPO DE TRASPLANTE

ALOGENÉICO

Código del tipo de Donante: Cuál?:

Sexo del Donante: N° de embarazos del Donante:

FUENTE DEL INÓCULO:

Origen Células Progenitoras: ☐ MO ☐ SP ☐ MO+SP

CELULARIDAD DEL INÓCULO:

N° de Células Nucleadas x 10^8 /kg (Si Médula Ósea):

N° de Células Mononucleadas x 10^8 /kg (Si Sangre Periférica):

5.- DIAGNÓSTICO

Fecha del Diagnóstico:__/__/_____

Código de Diagnóstico: Diagnóstico:

6.- ESTADO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL TRASPLANTE

Status de la Enf.al TX: Aclaración:

7.- ESCALA DEL ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE (AL MOMENTO DEL TX)

Código Status Actual del Paciente: Grupo:

8.- TRANSFUSIONES PRETRASPLANTE

N° de Transfusiones de Glóbulos Rojos:

N° de Transfusiones de Plaquetas:

9.- CONDICIONAMIENTO DEL PACIENTE

Código Régimen Condicionante: Aclaración:

10.- PROTOCOLO DE PROFILAXIS (GVHD) ENF.C/HUÉSPED

Código de Enf.Injerto contra Huesped: Descripción:

FECHA DEL INFORME:__/__/_____

FIRMA DEL JEFE DE EQUIPO

incucai

CADAIC
CAICA
CAIN
CAIPAT CHUBUT
CAIPAT S.CRUZ
CAIPAT T.D.F.
CAISE
CUCAI CHACO
CUCAI FORMOSA
CUCAI JUJUY
CUCAI LA PAMPA
CUCAI LA RIOJA
CUCAI MISIONES
CUCAI R.NEGRO
CUCAI S.LUIS
CUCAI SALTA
CUCAIBA
CUCAICOR
CUCAIER
CUCAITUC
CUDAIO
IAIBA C.BS AS
INAISA
INCAIMEN

ANEXO III

MO2-1/1

PROTOCOLO DE EVOLUCIÓN DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (MO2)

(Remitir al I.N.C.U.C.A.I. al 31 de diciembre de cada año)

1.- PACIENTE

Apellido y Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DOC.NRO.: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ 1-DNI 2-LE 3-LC 4-CI 5-OTROS (Preferentemente: DNI)

FECHA DE NACIMIENTO: __/__/_____ Edad: SEXO: ☐ Masculino -Femenino

2.- CENTRO DE TRASPLANTE

NOMBRE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.- FECHA DE TRASPLANTE

Fecha del TX: __/__/_____ N° de TX:

4.- ESTADO DEL PACIENTE

Fecha de Muerte: __/__/_____ Causa:

5.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Días de Antibióticos: Días de Temperatura >=38°C:

6.- DÍA DE RECUPERACIÓN GRANULOCÍTICA

Días para alcanzar $1x10^9$/L neutrófilos:

DÍA DE RECUPERACIÓN PLAQUETARIA

Días para alcanzar $25x10^9$/L plaquetas:

7.- TRANSFUSIONES

N° de Transfusiones de Glóbulos Rojos:

N° de Transfusiones de Plaquetas:

8.- DIAS DE INTERNACIÓN TOTALES

(DESDE EL COMIENZO DEL RÉGIMEN CONDICIONANTE)

Días de Internación:

9.- ESTADO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD

Respuesta al día +60:

Fecha de Recaída/Progresión: __/__/_____

10.- ESTADO FUNCIONAL (AL MOMENTO DEL REPORTE)

Código Status Actual del Paciente:

11.- FECHA DEL ÚLTIMO CONTACTO: __/__/_____

FIRMA DEL JEFE DEL EQUIPO DE TRASPLANTE

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos