



NACIONAL



**RESOLUCIÓN 416/1995**  
**INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E**  
**IMPLANTE (I.N.C.U.C.A.I.)**

Apruébase el Formulario Tipo denominado "Certificado de Implante".

Del: 07/12/1995; Boletín Oficial 14/12/1995.

VISTO

Las facultades conferidas al I.N.C.U.C.A.I. por el artículo 44 de la [Ley N° 24.193](#) y;

CONSIDERANDO:

Que es función primordial y específica del Organismo Nacional la procuración de órganos y tejidos provenientes de donantes cadavéricos, con al finalidad de ser implantados en seres humanos; así como también la normatización de los criterios médicos de asignación de tales órganos a los pacientes inscriptos en lista de espera y la fiscalización de los implantes realizados con los órganos procurados.

Que los órganos que se implantan, provenientes de donantes cadavéricos, tienen su origen únicamente en operativos de procuración, realizados por el INCUCAI o por Organismos Jurisdiccionales equivalentes, con la coordinación y asignación del Instituto Nacional.

Que a los efectos de certificar el efectivo implante de los órganos y/o tejidos procurados, implante que se efectúa al paciente que por estricto criterio médico corresponde, se considera necesario adoptar un Protocolo o Formulario Tipo que sea el instrumento de documentación fehaciente de la realización de dicha práctica.

Que resulta imprescindible para este Instituto Nacional contar con el referido instrumento, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la Resolución N° 197/95.

Que tal certificado de implante con la pertinente conformación será el único documento válido para este Organismo Nacional de acreditación del implante de órganos y/o tejidos provenientes de donantes cadavéricos, por parte de los equipos y/o instituciones habilitadas para la realización de prácticas trasplantológicas.

Que la medida que se adopta ha sido decidida por el Directorio en su Sesión N° 134 del 6 de diciembre de 1995.

Que el Departamento Jurídico ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello;

El Honorable Directorio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante resuelve:

Artículo 1°.- Apruébase el Formulario Tipo denominado "Certificado de Implante" constituido por 2 fs., que como Anexo Único forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2°.- El Certificado de Implante que se aprueba será entregado por el I.N.C.U.C.A.I. al Centro de Implante correspondiente en la misma oportunidad en que se entregan los órganos asignados a un paciente asistido por el equipo médico de la Institución, previa cumplimentación de los datos que a este Organismo le competen.

Art. 3°.- El Jefe de Equipo deberá cumplimentar la parte que le corresponde y remitirlo a este I.N.C.U.C.A.I. en forma inmediata para su certificación, contando para ello con un plazo de 72 hs. de realizado el implante.

Art. 4°.- Una vez autenticado, el I.N.C.U.C.A.I. retendrá el original del Certificado y

entregará al Centro de Implante el duplicado de aquél en el que se hará constar que es copia final, firmado por un miembro del Directorio de este Instituto.

Art. 5°.- El Certificado de Implante, con la correspondiente certificación y autenticación establecida en los artículos anteriores de la presente, podrá ser exhibido por el equipo y/o la Institución involucrada como constancia válida de la realización de la práctica médica de implante.

Art. 6°.- Sugiere a los Organismos de la Seguridad Social la exigencia a los Equipos y/o Instituciones habilitadas para prácticas trasplantológicas, del Certificado de Implante a que se refiere la presente Resolución a los efectos del pago que correspondiera por la realización de la prestación efectuada.

Art. 7°.- Regístrese. Comuníquese a todas las áreas del I.N.C.U.C.A.I.; a la Sociedad Argentina de Trasplantes; a los Organismos Jurisdiccionales y a los Organismos de la Seguridad Social. Publíquese en el Boletín Oficial. Cumplido, archívese.

Dr. Daniel Ricardo Neustadt; Presidente I.N.C.U.C.A.I.

Organismo: CERTIFICADO DE IMPLANTE DE ORGANOS (T1)  
A COMPLEMENTAR POR EL CIUDADANO Y EL JEFE DEL EQUIPO QUE IMPLANTA

DATOS DEL RECEPTOR:

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:  IN-ARG.  EXTR.  
EDAD: \_\_\_\_\_ N.C.NRO.: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_  
OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ AFILIADO NRO: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE IMPLANTE:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ JURISDICCION:  PUBLICO  PRIVADO  
DEPENDENCIA:  MUNICIPAL  PROP.  NACION  FIAS. ARMADAS Y DE SEGURIDAD  UNIV.  OBRA SOCIAL  
PAIS: \_\_\_\_\_ PCJA: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: CALLE: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PARTIDO: \_\_\_\_\_  
TELEFONOS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

DATOS DEL DADOR:

TIPO DONANTE:  VIVO  CADAV.  BANCO PROCEDENCIA DEL ORGANNO CADAV.: REGIONAL:  S/N OPERATIVO NRO.: \_\_\_\_\_  
NACION:  S/N ENTRANJERO:  S/N  
APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DOC. NRO.: \_\_\_\_\_ [1-001 2-LE 3-LE 4-CI 5-OTROS] EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  F/M  
DONANTE VIVO RELACIONADO  S/N GRADO DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
BANCO NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PARTIDO: \_\_\_\_\_ PCJA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTABLEC. AL QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO DE SEGUIMIENTO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ PCJA: \_\_\_\_\_  
JURISDICCION:  PUBLICO  PRIVADO  
DEPENDENCIA:  MUNICIPAL  PROP.  NACION  FIAS. ARMADAS Y DE SEGURIDAD  UNIV.  OBRA SOCIAL  
DIRECCION: CALLE: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PARTIDO: \_\_\_\_\_  
TELEFONOS: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

MEDICO DE CABECERA:

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE/S: \_\_\_\_\_  
DOC. NRO.: \_\_\_\_\_ [1-001 2-LE 3-LE 4-CI 5-OTROS] MATRICULA: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: CALLE: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DTO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PARTIDO: \_\_\_\_\_ PCJA: \_\_\_\_\_  
TELEFONOS: \_\_\_\_\_

IMPLANTE DE:	<input type="checkbox"/> RIÑÓN	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> PULMÓN	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho
	<input type="checkbox"/> HIGADO	<input type="checkbox"/> Lóbulo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Lóbulo Derecho	<input type="checkbox"/> VASOS SANGUÍNEOS	<input type="checkbox"/> VALVULAS CARDÍACAS	
	<input type="checkbox"/> CORAZÓN	<input type="checkbox"/> PANCREAS	<input type="checkbox"/> INTESTINO	<input type="checkbox"/> PIEL	<input type="checkbox"/> CORNEA	<input type="checkbox"/> ESCLERA
	<input type="checkbox"/> OÍDO	<input type="checkbox"/> DURAMADRE	<input type="checkbox"/> SIST. NERVIOSO			
SISTEMA OSTEOART:	<input type="checkbox"/> ARTICULAC.	<input type="checkbox"/> ESTERNO	<input type="checkbox"/> MAXILAR	<input type="checkbox"/> COSTILLAS		
	<input type="checkbox"/> RADIO	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho			
	<input type="checkbox"/> TIBIA	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> MEMBRO	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho
	<input type="checkbox"/> FEMUR	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> MEMBRILLOS	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho
SITUACION DEL RECEPTOR EN POST-OPERATORIO INMEDIATO: <input type="checkbox"/> 1-VIVO 2-MUERTO 3-FRACASO (INTRAOPERATORIO)						
CAUSA DEL FRACASO (INTRAOPERATORIO): .....						
VUELVE A LISTA DE ESPERA: <input type="checkbox"/> S/N MUERTE FECHA: ..... HORA: .....						
CAUSA DE MUERTE <input type="checkbox"/> 1- INFECCIOSA 2-CARDIOVASCULAR 3-NEUROLÓGICA 4-OTRA.....						
TIEMPOS DE ISQUEMIA: (COMPLETA CON UNO EL CASO INPLANTADO)						
EN EL DONOR: CLAMPEO ARTERIAL: FECHA: ..... HORA: ..... PARO CARD. (FECHA): ..... HORA: .....						
EN EL RECEPTOR: INICIO DE LA OPERACION: FECHA: ..... HORA: .....						
DECLAMPEO: FECHA: ..... HORA: ..... TPO DE ANASTOMOSIS: (.....) HS-MIN						
TIPO DE ISQUEMIA FRIA: (.....) HS-MIN						
COMPATIBILIDAD TISULAR						
DONOR:	ABO	RM	A	B	DR.	
RECEPTOR:	ABO	RM	A	B	DR.	
MLA COMPARTIDOS: DIRECTOS:		SPLITS:				
A		A				
B		B				
DR		DR				
CROSS-MATCH CONTRA DONANTE: <input type="checkbox"/> +/-						
CERTIFICO HABER RECIBIDO EL DIA ..... A LA HORA ..... EL/LOS ORGANOS QUE DETALLO A CONFIRMACION:						
<input type="checkbox"/> RIÑÓN	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> PULMÓN	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	
<input type="checkbox"/> HIGADO	<input type="checkbox"/> Lóbulo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Lóbulo Derecho	<input type="checkbox"/> VASOS SANGUÍNEOS	<input type="checkbox"/> VALVULAS CARDÍACAS		
<input type="checkbox"/> CORAZÓN	<input type="checkbox"/> PANCREAS	<input type="checkbox"/> INTESTINO	<input type="checkbox"/> PIEL	<input type="checkbox"/> CORNEA	<input type="checkbox"/> ESCLERA	
<input type="checkbox"/> BAÑO	<input type="checkbox"/> GANGLIO LINFÁTICO	<input type="checkbox"/> OÍDO	<input type="checkbox"/> DURAMADRE	<input type="checkbox"/> SIST. NERVIOSO		
SISTEMA OSTEOART:	<input type="checkbox"/> ARTICULAC.	<input type="checkbox"/> ESTERNO	<input type="checkbox"/> MAXILAR	<input type="checkbox"/> COSTILLAS		
	<input type="checkbox"/> RADIO	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho			
	<input type="checkbox"/> TIBIA	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> MEMBRO	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho
	<input type="checkbox"/> FEMUR	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> MEMBRILLOS	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho
INSTITUCION QUE IMPLANTA			JEFE DEL EQUIPO			
SELLO			FIRMA Y SELLO			
T: 2/2						

e. 14/12 N° 3924 v. 18/12/95.

