LEY 5211
PODER LEGISLATIVO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (P.L.CI.B.A.)

Banco Público de Células Madre de Sangre de Cordón Umbilical y Placenta.
Sanción: 11/12/2014; Promulgación: 28/01/2015; Boletín Oficial: 02/02/2015

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
sanciona con fuerza de
Ley

Artículo 1°.- OBJETO. La presente Ley tiene por objeto promover la donación de Células Progenitoras Hematopoyéticas de Sangre de Cordón Umbilical y Placenta y establecer los mecanismos necesarios para que las maternidades de los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aporten al "Banco Público de Células Madre de Sangre de Cordón Umbilical y placenta".
Art. 2°.- DE LA DONACIÓN.
El Banco de Células Hematopoyéticas de sangre de cordón umbilical y placenta deberá estar comprendidos en la Ley 25.392 y su reglamentación, Ley 3294 CABA, como así también dentro del marco de la Resolución 319-04 del INCUCAI, y están sujetos a las disposiciones que determine la presente Ley y la reglamentación que en su consecuencia se dicte.
Art. 3°.- DEL DONANTE.
a) La madre deberá cumplir con los siguientes requisitos para poder donar:
Ser mayor de edad.
Tener una edad gestacional mínima de 34 semanas en el momento de la colecta
Estar cursando un embarazo simple (un solo bebé).
No tener historia médica de enfermedades neoplásicas y/o hematológicas.
No poseer antecedentes o riesgo de padecer enfermedades infectocontagiosas definidas por la Autoridad de Aplicación.
b) La madre deberá expresar su consentimiento informado por escrito para realizar la colecta, según Anexo I de la presente Ley.
Art 4°.- DE LA INFORMACIÓN.
Los Bancos de Células Progenitoras Hematopoyéticas (B-CPH-SCU), provenientes de la sangre que queda en la placenta y el cordón umbilical luego de producido el alumbramiento, deberán informar al Registro de Donantes Voluntarios de CPH del INCUCAI las características de las unidades colectadas, conforme al protocolo dispuesto en el Anexo III de la Resolución 319-04
Art 5°.- FUNCIONES.
Son funciones de la Autoridad de Aplicación:
a) La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley.
b) El control sanitario de la disposición del material anatómico.
c) Generar las disposiciones y normas de calidad en torno al proceso de colecta, procesamiento, estudio, traslado y/o almacenamiento de las Células Progenitoras Hematopóyéticas (B-CPH-SCU).

d) Realizar campañas de concientización y promoción sostenidas, que permita incrementar el número de colectas recibidas.
Art 6°.- Comuníquese, etc.
Ritondo; Pérez

ANEXO

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA DONACION DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS DE LA SANGRE PLACENTARIA Y DEL CORDON UMBILICAL

A los ..... del mes de ..... del año ..... mediante el presente consentimiento escrito, acepto DONAR en forma voluntaria, luego del nacimiento de mi 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.

He recibido y entendido la información que se me ha dado referente a la donación de células progenitoras hematopoyéticas, habiendo tenido la oportunidad de formular cuantas preguntas he considerado necesarias para comprender plenamente el proceso.

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

Asimismo acepto DONAR otros 20 ml. de mi sangre a los 3 meses de producido el parto, para realizar un segundo control de tamizaje de enfermedades infecciosas transmisibles.

Doy mi autorización para que con la sangre placentaria se efectúen los estudios de grupo sanguíneo, factor Rh, Histocompatibilidad, cultivos bacterianos y celulares, tamizaje de enfermedades infecciosas transmisibles y cualquier otro estudio que se considere necesario a los fines del proyecto.

Puedo desistir de la donación de CPH de la sangre placentaria hasta el instante previo al nacimiento de mi hijo, sin que este acto signifique la pérdida de ningún beneficio al que tenga derecho.

Renuncio a cualquier reclamo, bajo ningún concepto, de la sangre placentaria donada y doy mi conformidad a que toda la información obtenida y la que surja de este acto de donación figuren en el B-CPH-SCU, y que este pueda informar al Registro de Donantes de CPH del INCUCAI las características de la unidad de manera estrictamente confidencial.

Nombre y apellido del donante: .....

Firma del donante: .....

DNI: .....

Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

Tel: .....

Nombre y apellido de la persona que obtiene el consentimiento: .....

Firma: .....

DNI: .....

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME ✉ Contáctenos