

MODULO I

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DE FINANCIAMIENTO PREVIO PARA INICIAR EL PROCESO DE BÚSQUEDA DE DONANTE NO RELACIONADO DE CPH:

Quien suscribe, en representación de,,
.....,

(Razón Social)

con N° de C.U.I.T. y domicilio legal en
.....

C.P.....Localidad.....,
Provincia....., presta su conformidad para la iniciación de la
búsqueda de donante no emparentado y asume el compromiso del financiamiento del
costo operativo, para el paciente
.....,
(nombre y apellido completos)

con DNI N°.....y domicilio en.....,
C.P.....Localidad.....Provincia.....,con
diagnóstico de, con indicación
de trasplante de células progenitoras; cuya búsqueda será efectuada por el Registro
Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, y comprenderá:

- a) La activación de los procesos de búsqueda de donantes efectuados por el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas en el

Registro Argentino y en Registros del exterior, para pacientes de nuestro país con indicación de trasplante de CPH provenientes de la médula ósea, de la sangre periférica y/o de la sangre del cordón umbilical y la placenta.

- b) La realización de los estudios de enfermedades infecciosas y de anticuerpos.
- c) Estudios confirmatorios de HLA en alta resolución del paciente y de hasta cinco donantes, en los loci HLA – A*, B*, Cw*, DRB1*, DQB1* y DP* y de los gastos de procuración y envío de las muestras al laboratorio para la tipificación de HLA en alta resolución del paciente y de los donantes seleccionados.
- d) En caso de seleccionarse un donante argentino para la realización del trasplante, los gastos de estudios clínicos, laboratorio, internación, estimulación, colecta y transporte de las CPH y Linfocitos desde el centro de colecta al centro de trasplante, transporte, alojamiento y demás gastos complementarios a la donación, serán absorbidos por el presente Modulo.

VALOR DEL MODULO: \$500.000

(sujeto a rendición final del gasto efectivamente incurrido y gastos administrativos)

.....

Firma autorizada

.....

Aclaración y cargo

.....

Fecha

dd/mm/aaaa

MODULO II

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DE FINANCIAMIENTO PREVIO PARA LA PROCURACIÓN DE CPH PARA PACIENTES DE NUESTRO PAÍS CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE

Quien suscribe, en representación de,
.....,

(Razón Social)

con N° de C.U.I.T. y domicilio legal en
.....

C.P.....Localidad.....,
Provincia....., presta su conformidad para la procuración de las CPH y asume el compromiso del financiamiento del costo operativo, para el paciente
.....,

(nombre y apellido completos)

con DNI N°.....y domicilio en.....,
C.P.....Localidad.....Provincia.....,con diagnóstico de , con indicación de trasplante de células progenitoras; cuya gestión será efectuada por el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, y comprenderá:

- a) La procuración de las CPH en Registros del Exterior.

- b) Estudios complementarios del donante o de la unidad de sangre de cordón umbilical.
- c) Transporte de las CPH o de la Unidad de sangre de cordón umbilical desde el centro de colecta del exterior al centro de trasplante de nuestro país.

VALOR DEL MÓDULO: \$1.900.000

(sujeto a rendición final del gasto efectivamente incurrido y gastos administrativos)

.....

Firma autorizada

.....

Aclaración y cargo

.....

Fecha

dd/mm/aaaa

MODULO III

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DE FINANCIAMIENTO PREVIO PARA LA
PROCURACIÓN DE LINFOCITOS.

Quien suscribe, en representación de,
.....,

(Razón Social)

con Nº de C.U.I.T. y domicilio legal en
.....

C.P.....Localidad.....,
Provincia....., presta su conformidad para la procuración de las
CPH y asume el compromiso del financiamiento del costo operativo, para el paciente
.....,

(nombre y apellido completos)

con DNI Nº.....y domicilio en.....,
C.P.....Localidad.....Provincia.....,con
diagnóstico de, con indicación
de trasplante de células progenitoras; cuya gestión será efectuada por el Registro
Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, y comprenderá:

- a) a La procuración de linfocitos de donante no emparentado proveniente de un donante de Registros Internacionales.

b) Estudios serológicos y clínicos del donante de linfocitos previos a la colecta de los mismos.

c) Transporte de los linfocitos desde el centro de colecta al centro de trasplante.

VALOR DEL MÓDULO: \$600.000

(sujeto a rendición final del gasto efectivamente incurrido y gastos administrativos)

.....

Firma autorizada

.....

Aclaración y cargo

.....

Fecha

dd/mm/aaaa



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo II Resolucion de costos CPH

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 6 pagina/s.