

Bahía Blanca, 28 de diciembre de 2022

CONVENIO

CONVENIO DE CENTRALIZACION DE SERVICIO DE HEMOTERAPIA
(Conforme Art. 1 Ap. 1.3, Art. 4 Ap. 4.4, Art. 5 Párrafo 3º Dec. 317/97 y Resolución 4053/13)

Entre el **SERVICIO COORDINADOR DEL CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA (SCCRH)** con sede en el **HOSPITAL H.I.G. DR. JOSÉ PENNA** representado por su Director Lic. Jorge Moyano, con domicilio en calle Laínez N° 2401 de Bahía Blanca, por una parte, conjuntamente con el **CENTRO MUNICIPAL DE SALUD DE TORNQUIST Dr. ALBERTO CASTRO**, representado por el Sr. Intendente de la municipalidad de Tornquist Sr. Sergio Bordoni, con domicilio en calle Sarmiento N° 53 de Tornquist, Provincia de Buenos Aires, por la otra, acuerdan celebrar el presente convenio para la provisión de hemocomponentes en el marco de la normativa vigente en la especialidad (Ley 11.725, Decreto Reglamentario 3716/97 y Normas Técnicas Administrativas vigentes), con sujeción a las siguientes cláusulas:

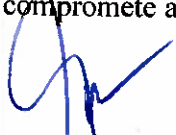
PRIMERA: El SCCRH entregará al CENTRO MUNICIPAL, los hemocomponentes necesarios para atender los requerimientos habituales que demande su normal funcionamiento. Los hemocomponentes provistos por el SCCRH serán destinados al uso exclusivo del CENTRO MUNICIPAL. La solicitud será realizada de forma programada, con la debida anticipación y de acuerdo disponibilidad de SCCRH. Queda expresamente prohibida la derivación de los hemocomponentes entregados por el SCCRH a otras Instituciones Oficiales y/o Privadas, con excepción de la entrega a la red de hemoterapia en casos de emergencia debidamente fundada y notificando expresamente dicha circunstancia al SCCRH.

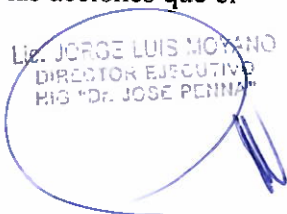
SEGUNDA: El CENTRO MUNICIPAL solicitará hemocomponentes en panilla pro forma debidamente firmada por el Jefe responsable del CENTRO MUNICIPAL. Será a cargo de esta última el retiro y traslado de los hemocomponentes desde y hasta el CENTRO MUNICIPAL, según se detalla en el ANEXO I. El resguardo y custodia de los hemocomponentes será responsabilidad exclusiva del Director Médico y Jefe de Servicio del CENTRO MUNICIPAL y del personal por éstos autorizados para realizar su transporte.

TERCERA: EL SCCRH proveerá los hemocomponentes en condiciones de ser transfundidos. Para ello, el SCCRH se compromete a realizar los estudios inmunoserológicos e inmunohematológicos exigidos por la legislación vigente.

CUARTA: El acto transfusional será realizado por EL CENTRO MUNICIPAL con su propio personal médico y técnico, con los hemocomponentes entregados por el SCCRH. En consecuencia, será de exclusiva responsabilidad de EL CENTRO MUNICIPAL la prestación final, entendiéndose por ello la indicación transfusional, la prueba de compatibilidad y la administración del hemocomponente seleccionado.

QUINTA: El CENTRO MUNICIPAL se compromete a realizar acciones para promover la donación voluntaria y con compromiso social de sangre dentro de su área programática. Asimismo, se compromete a participar activamente en las acciones que el


SERGIO FABIAN BORDONI
INTENDENTE
MUNICIPALIDAD DE TORNQUIST


LIC. JORGE LUIS MOYANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HIG "DR. JOSÉ PENNA"

SCCRH lleve a cabo en su localidad con el objetivo de alcanzar el autoabastecimiento regional y provincial. El CENTRO MUNICIPAL se compromete a actuar como posta fija de donación de sangre de donantes entre la población de su área programática o a la realización de colectas externas, siempre con el objetivo de enviar al SCCRH unidades de sangre entera para su procesamiento en un 30% mayor a las unidades remitidas por el SCCRH, debido al descarte previsto, calculo que se actualizara anualmente, solicitando especial atención en la mayor concordancia posible entre los grupos enviados y los solicitados, en particular relativo al factor Rh. La realización de colectas externas deberá ser efectuada con el fin de cambiar el modelo de donación, pasando de la donación de reposición al modelo del donante habitual con compromiso social. El SCCRH aportará todos los elementos descartables necesarios para el funcionamiento de posta fija de donación, a saber: bolsas de extracción, tubos para calificación biológica, planillas, folletería y demás registros de uso obligatorio en el Sistema Provincial de Hemoterapia en caso de que EL CENTRO MUNICIPAL no pueda imprimirlos.

SEXTA: Las partes acuerdan que el ANEXO I forma parte del presente convenio y determina las particularidades operativas para posibilitar la puesta en marcha del presente.

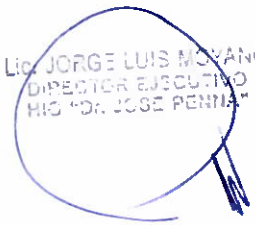
SEPTIMA: El SCCRH enviara periódicamente al Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires un resumen de prestaciones y de gastos derivados del estudio y preparación de las unidades de hemocomponentes entregados, de acuerdo a los valores que oportunamente fije el Ministerio de Salud (Ley 11.725). El CENTRO MUNICIPAL realizará en lo posible un apoyo financiero que se especifica en el Anexo.

OCTAVA: La suscripción del presente implica la adhesión de EL CENTRO MUNICIPAL al Sistema Provincial de Hemoterapia, debiendo dar cumplimiento con toda la normativa vigente que rija en la materia.

NOVENA: El presente Convenio regirá ilimitadamente y entrará en vigencia desde su suscripción. Las partes podrán denunciarlo en cualquier momento mediante comunicación fehaciente con una anticipación no menor a 60 días. El Órgano Rector del Sistema Provincial de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires se encuentra facultado a realizar las modificaciones que crea pertinentes notificando con la debida antelación y a denunciar ante los órganos que corresponda cualquier irregularidad detectada.-

DECIMA: A todos los efectos operativos y legales del presente convenio, las partes constituyen los siguientes domicilios: El SCCRH en calle Láinez N° 2401 de la ciudad de Bahía Blanca, y EL CENTRO MUNICIPAL en calle Sarmiento N° 53 , de la ciudad de Tornquist, Provincia de Buenos Aires en los que serán válidas todas las comunicaciones, intimaciones y notificaciones que se realicen. Las partes asimismo acuerdan someter toda cuestión vinculada con la interpretación y aplicación del presente convenio a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de La Plata, renunciando ambas a cualquier otra que jurisdicción que pudiese corresponderles. En prueba de conformidad se suscriben TRES (3) ejemplares de un mismo tenor, y a un solo efecto, en la ciudad de Bahía Blanca, a los 28 días del mes de diciembre del año 2022.-


SERGIO FABIAN BORDONI
INTENDENTE
MUNICIPALIDAD DE TORNIQUIST


Lic. JORGE LUIS MOYANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HIG "DR. JOSE PENNA"

ANEXO I

Visto la necesidad de centralizar las unidades de sangre para efectuar inmunoserología según lo que dicta la ley 11725 en el Servicio de Hemoterapia del Hospital Penna de Bahía Blanca, y considerando que existen insuficiente recursos financieros en esta entidad, se solicita al Centro Municipal de Salud de Tornquist, le entregue a la cooperadora del Hospital Penna en concepto de colaboración al Servicio de Hemoterapia de dicho hospital, desde la puesta en vigencia del presente contrato y hasta el 30 de junio de 2023 la suma de \$34240 mensuales que serán utilizados para recursos del servicio.

A partir del mes de Julio 2023 se procederá a ajustar, automáticamente, dicho monto mensual con los índices informados por el Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca Argentina - CREEBA – INDICE IPC GENERAL para el período, En-Jun 2023, lo cual conformará el monto mensual vigente a partir del 01 jul 2023 al 31 Dic 2023."

1- PROCEDIMIENTO PARA ENVÍO DE UNIDADES AL HOSPITAL

1 a- PLANILLAS: deben estar completas y prolijas para evitar cualquier tipo de errores. De faltar planillas, omitir datos o de no coincidir datos de planillas con unidades y/o muestras, serán reenviadas al remitente en su totalidad, según corresponda.

-Planilla única de envío de unidades

Deberán completarse la totalidad de los datos de origen, asignando un renglón para cada donante. Se complementara por duplicado, una copia quedará en el hospital de origen y la otra será enviada al H. Penna.

Se informarán al médico a cargo los casos de serología positiva y se enviará la correspondiente carta certificada al donante.

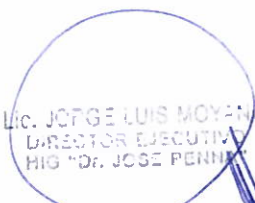
Datos de origen:

- Fecha de extracción
- Número de donante local
- Nombre y Apellido del donante
- Tipo de donante: Voluntario/ de reposición
- Tipo de bolsa
- Observación: Rechazado descarte por bajo volumen, autoexclusión, etc.
- Fecha y hora del envío
- Responsable.

Datos a completar por el "hospital"

- Número del "hospital"
- ABO y Rh
- PCI
- Serología (Tamizaje)
- Observaciones
- Fecha
- Responsable


SERGIO FABIAN BORDONI
INTENDENTE
MUNICIPALIDAD DE TORNQUIST


LIC. JORGE LUIS MOYANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HIG. DR. JOSE PENNA

- Ficha de donante, entrevista médica y consentimiento informado: Se deberán utilizar las planillas de uso obligatorio en la Provincia de Buenos Aires, según normas vigentes. Las mismas deberán contener toda la información solicitada, tanto en donantes efectivos, como en las donaciones incompletas o de los donantes rechazados. Registrar identificación del personal involucrado en cada paso.-
Colocar número de donación y fecha.

- Formularios de autoexclusión. Debe constar el Código del hospital de origen y Número de donante.
Se adherirá a la ficha del donante correspondiente.-

1 b- UNIDADES REMITIDAS: Se deberán enviar todas las unidades extraídas. Todas aquellas a las que por cualquier motivo no se haya completado la extracción (bajo volumen) o que no sean aptas para su utilización, (autoexclusión, circuitos abiertos, etc.) deberán ser marcadas con una cruz por el servicio de medicina transfusional.

Etiquetas de las bolsas deben contener en forma clara y legible:

- Código del Hospital (en bolsas madre y satélites)
- Número (en bolsas madre y satélites)
- Fecha de extracción (en bolsas madre y satélites)
- Fecha de vencimiento de los glóbulos (solo en bolsa madre)
- ABO y Rh preliminar, se puede hacer en placa al realizar el hematocrito o al sacar las muestras, sirve solo como referencia, las pruebas completas de tipificación se realizarán en el hospital Penna.

2 DEMANDA DE PLAQUETAS

Solicitud de demanda con datos clínicos del paciente, diagnóstico y plan terapéutico previsto, según indicaciones del médico responsable del servicio. Se proveerá según disponibilidad. Se podrá programar la preparación de plaquetas por aféresis en el hospital, previa selección y estudios complementarios del donante (grupo, PCI y serología). No existe posibilidad de proveer hemocomponentes filtrados ni irradiados.-

DEMANDA DE PLASMA Y CRIOPRECIPITADO.

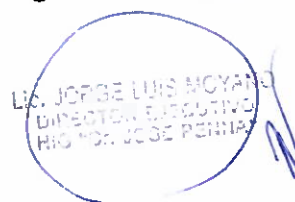
Se enviará de acuerdo a un mínimo stock acordado. Se procurará acotar su utilización a lo estrictamente necesario, para lo cual el rol del médico hemoterapeuta es relevante. No se dará curso a las solicitudes que no estén debidamente cumplimentadas, dada la necesidad de documentar todo movimiento de productos sanguíneos.-

3-CONDICIONES DEL TRASLADO DE UNIDADES.

3 a – CONSERVADORAS DE TRASLADO. Se podrán utilizar cajas de material aislante (telgopor) o heladera tipo picnic, que deberán taparse firmemente. Estarán identificadas en la tapa y los lados con el nombre de la posta fija.-

3 b- UNIDADES DE SANGRE: Serán acondicionadas en las conservadoras de transporte, acomodadas en forma vertical una detrás de la otra, siguiendo el orden numérico.-


SERGIO FABIAN BORDONI
INTENDENTE
MUNICIPALIDAD DE TORNOQUEIST


LIC. JORGE LUIS MOYANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HIS. HOS. JOSE PENNA

3 c- MUESTRAS DE SANGRE: Colocar por orden numérico, en gradillas separadas: coaguladas o sueros anticoaguladas. Verificar que los tubos tengan rótulos legibles y los tapones bien colocados (no fijarlos con tela adhesiva). Las gradillas se colocaran dentro de un recipiente con tapa acolchada en su base, que se colocara dentro de la caja de transporte.

3 d- REFRIGERACIÓN: se colocará refrigerante sobre las unidades y en el piso de la caja o heladera en cantidad suficiente para mantener la temperatura adecuada, separado de las unidades de sangre mediante cartón o similar para impedir el contacto directo. Al llegar será controlada la temperatura, en caso de ser inadecuada, será descartado el envío completo.-

3 e- VEHICULO: El transporte estará a cargo y bajo responsabilidades de la dependencia de origen. Los recipientes conteniendo bolsas y/o muestras deberán ser manipulados con extremo cuidado, sujetos para evitar volcarse y agitarse en exceso.

4 – PROCEDIMIENTO PARA REPOSICIÓN DE STOCK.

4 a – REPOSICIÓN:

Se realizará semanalmente, en días y horarios convenidos para cada institución. Se consideraran reposiciones extras, debidamente justificadas, en días hábiles de 8.00 a 16.00 hs. Otras solicitudes, por urgencia, se atenderán según disponibilidad.

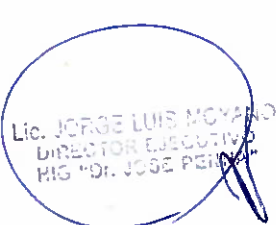
4 b – PLANILLA DE PROVISIÓN DE UNIDADES:

Constará de:

- Hemocomponentes
- Número hospital
- ABO y Rh
- Cantidad total de unidades por grupo y componente
- Fecha
- Responsable del envío
- Informe serológico salvo cuando los envíos se realizan luego de las 15 hs. En dicho caso se remite con el siguiente envío o por fax.

Todas las unidades enviadas desde el centro, son aptas para su utilización previas pruebas de compatibilidad con el receptor, habiéndose realizado todos los estudios requeridos, según normas vigentes.


SERGIO FABIAN BORDONI
INTENDENTE
MUNICIPALIDAD DE TORRENT


Lic. JORGE LUIS MOYANO
DIRECTOR EJECUTIVO
HIG "DR. JOSE PERAZA"