

**REHABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS
PARA TRASPLANTES**

NOMBRE:.....

CALLE: NRO:..... LOCALIDAD:..... C.P:.....

PARTIDO: PROVINCIA:

TELEFONO:..... FAX:

DIRECTOR MEDICO

APELLIDO/S:..... NOMBRE/S:

DOC. NRO.: /... / 01- DNI 02- LE 03- LC 04- CI 05- OTRO NACIONALIDAD:.....

MATRICULA NRO.:TIPO: /... / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL ESPECIALIDAD:

CALLE: NRO: PISO:..... DTO:

LOCALIDAD: C.P.: PARTIDO:

PROVINCIA:..... TEL. PART.:.....

MAIL:.....

TRASPLANTE

HABILITACION PARA: ABLACION IMPLANTE

DADORES: VIVOS CADAVERICOS 1- PEDIATRICOS 2-ADULTOS 3-AMBOS

01- RIÑON Y URETER

02- HIGADO

03- CORAZON, VASOS Y VALVULAS

04- PULMON

05- PANCREAS

06- INTESTINO

7- OIDO MEDIO EXTERNO

8- DURAMADRE

9- ORGANOS DENTARIOS

10- ELEMENTOS P/SIST. NERVIOSO PERIF

11- CORAZON-PULMON

12- HIGADO-PANCREAS-INTESTINO

13- HIGADO-PANCREAS

14- INTESTINO-PANCREAS

15- HIGADO-INTESTINO

16- MEDULA OSEA ALOGENICO-AUTOLOGO *

17- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR

18- CORNEAS Y ESCLERAS

19- PIEL

20- OTRO

* Deberá adjuntar además Anexo II

DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA

FOTOCOPIA DEL LIBRO DE IMPLANTES DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

NOTA DE ELEVACIÓN

ANEXO I DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO (EN EL CASO DE MODIFICACIÓN CON EL DETALLE DE LA MISMA).

La Plata, dede 20.....

Firma y sello del Director
del Establecimiento

Firma y sello del Jefe de Equipo