

**BANCO PÚBLICO DE REFERENCIA NACIONAL
DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL
CENTRO REGIONAL DE HEMOTERAPIA HOSPITAL GARRAHAN**

En 1996 comenzamos un Programa de Colecta de sangre de cordón para familias que tuvieran niños con enfermedades en las que el **trasplante de células progenitoras hematopoyéticas** (CPH) constituye una alternativa terapéutica. Si bien al inicio las familias inscriptas pertenecían sólo a nuestro hospital, en mayo de 2000 el Programa fue abierto para todo el país.

Este Programa es coordinado por el **Banco de Sangre de Cordón Umbilical** del **Centro Regional de Hemoterapia** del **Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J.P. Garrahan**. Las familias se conectan con el Programa a través de sus médicos tratantes quienes las derivan mediante este formulario que debe ser previamente completado y firmado. Las embarazadas son controladas por su obstetra de cabecera o se les ofrece seguimiento por obstetras pertenecientes al Programa. Un equipo coordinado por personal del Banco de SCU realiza la colecta en la Maternidad. Las unidades son transportadas inmediatamente después de la colecta para su procesamiento. El procesamiento se realiza en el Laboratorio de Células Progenitoras Hematopoyéticas del Servicio de Hemoterapia.

Almacenar la sangre de cordón umbilical para uso exclusivo en una familia sólo es aconsejado cuando esta posee otro hijo que tiene o ha tenido una enfermedad que puede tratarse con trasplante de médula ósea. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existe una posibilidad de uno en cuatro (25%) de que el próximo hijo sea histoiéntico con un hermano, **siempre que los hermanos compartan ambos progenitores**. Por ello, sólo son aceptadas en el Programa de Colecta las familias que cumplen con estos requisitos. **Si Ud. tiene alguna consulta sobre la indicación de la colecta** puede enviarnos un correo electrónico a bscu@garrahan.gov.ar o llamarnos al 011-4122-6009 (Lunes a viernes de 8 a 16 hs).

La familia deberá presentarse con el original firmado por el médico solicitante en:

15 de Noviembre de 1889 N 2151 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
Centro Regional de Hemoterapia Hospital Garrahan
Lunes a viernes de 8 a 16 hs.



PLANILLA DE INSCRIPCION
PROGRAMA RELACIONADO DE COLECTA
DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL

SCU N° _____

(a completar por el Banco)

DATOS DEL PACIENTE (posible Receptor)

Apellido _____ Fecha Nac. ___ / ___ / ____

Nombre _____ Obra Social _____

Diagnóstico _____ Afiliado N° _____

Breve resumen de Historia Clínica y evolución de paciente

DATOS DE LA MADRE

Apellido y Nombre _____

D.N.I.: _____ F.P.P.: ___ / ___ / ____

Dirección _____

Teléfono _____

Obstetra a cargo Dr./a _____

Teléfono _____

MÉDICO A CARGO DEL PACIENTE: Dr./a _____

Especialidad _____ Institución _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Firma del médico solicitante

___ / ___ / ____
Fecha