

REGLAMENTO DE LA SUBCOMISION DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA

- 1) La Subcomisión de Trasplante de Médula Ósea operará bajo el ámbito de la Sociedad Argentina de Hematología, será creada por su Comisión Directiva y deberá funcionar bajo la dependencia y supervisión de ésta.
- 2) El número de integrantes, y su designación, renovación, sustitución y/o remoción, serán establecidos por la Comisión Directiva, atendiendo a la modalidad operativa particular de esta Subcomisión.
- 3) Para ser integrante de la Subcomisión se requerirá:
 - a) Ser Médico Hematólogo, con título de especialista emitido por la Sociedad Argentina de Hematología.
 - b) Ser socio Titular de la Sociedad Argentina de Hematología, encontrándose al día con la Tesorería.
 - c) Haber demostrado inquietud y dedicación en el área de Trasplante de Médula Osea.
- 4) Los socios de la Sociedad Argentina de Hematología que reúnan los requisitos preestablecidos, podrán postularse para integrar esta Subcomisión, previa solicitud y entrevista personal con la Comisión Directiva.
- 5) Serán designados con preferencia aquellos postulantes que no integren otra Subcomisión.
- 6) La Subcomisión será coordinada por un miembro designado por la Comisión Directiva.
- 7) Los integrantes de la Subcomisión de Trasplante de Médula Osea, que incumplan con asiduidad y sin justificación las obligaciones inherentes a su cargo, podrán ser separados del mismo por decisión de la Comisión Directiva. Será obligación del

coordinador elevar a la Comisión Directiva un informe escrito detallando tales incumplimientos.

Igual temperamento podrá adoptarse en caso de incumplimientos aislados que sean considerados graves, a juicio de la Comisión Directiva.

- 8) Los casos de renunciaciones o ausencias prolongadas de uno o más integrantes de la Subcomisión deberán ser notificados por el coordinador a la Comisión Directiva, la que decidirá sobre la necesidad de su reemplazo.
- 9) La subcomisión no podrá organizar, realizar, auspiciar o formar parte de modo alguno, de reuniones científicas de ningún tipo, sin el acuerdo previo de la Comisión Directiva.
- 10) La Subcomisión no podrá recaudar fondos de ningún carácter sin la previa aprobación de la Comisión Directiva. En caso de concederse esa aprobación, los fondos recaudados – cualquiera sea su concepto – deberán ser ingresados al patrimonio de la Sociedad Argentina de Hematología, mediante rendición a la Tesorería e informe detallado dirigido a la Comisión Directiva.
- 11) La Subcomisión se reunirá en el ámbito físico de la Sociedad Argentina de Hematología, en el horario de funcionamiento de Secretaría, dejando constancia de lo actuado en el Libro de Actas que llevarán a tal efecto, y elevando los pertinentes informes a la Comisión Directiva.
- 12) Las actividades de la Subcomisión sólo serán difundidas a través de los boletines informativos de la Sociedad Argentina de Hematología, previa aprobación de la Comisión Directiva.
- 13) La evaluación de los casos será en forma escrita, mediante una historia clínica preestablecida, que contendrá los datos necesarios. Las respuestas de la Subcomisión se harán de la misma forma y remitida a quien las solicitara.
No se evaluarán casos que no estén perfectamente identificados y no se haya confeccionado la H. Cl.

14) El coordinador de la Subcomisión será el representante externo de la SAH en órganos oficiales y/o privados, que lo requieran.

**SOLICITUD DE ANALISIS PARA LA SUBCOMISIÓN DE TRASPLANTE DE
MÉDULA OSEA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGIA**

SOLICITANTE

Nombre

Institución:

Dirección : Calle.....Nº..... Teléfono.....

Localidad:.....C.P..... Partido.....

PACIENTE

Apellido.....Nombre.....

Doc.Nº Sexo.....Nacionalidad.....

Edad.....Fecha de Nac.....Ocupación.....

Estado Civil.....

Dirección: Calle.....Nº.....Piso.....Dto.....

Localidad.....CP..... Partido.....

Teléfono.....

TIPO DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA A EVALUAR:

.....

DESCRIPCION DEL CASO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

EXAMENES QUE CONFIRMAN EL DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....
.....

ESQUEMAS TERAPEUTICOS EFECTUADOS

(consignar fechas)

.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA TRANSFUSIONAL REALIZADA

(si ésta fuera trascendente por la patología)

.....
.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD Y CLÍNICO

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Médico responsable

M.P.

Firma