

MENDOZA, 03 SET 2015

VISTO:

El EXP-FOD: 14084/2015, en el que la Secretaría de Posgrado, Prof. Dra. Adriana Nélide POLETTO, solicita la normalización para el uso del quirófano de la Facultad, y

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario ajustar el uso del quirófano a lo resuelto por Resolución Ministerial 1712/2005 Ministerio de Salud Presidencia de la Nación relativa a Normas e instrumentos, para la habilitación categorizante de los servicios de quirófanos como anexo de consultorios, centros médicos, servicios médicos y/u odontológicos de urgencia e institutos y listado de procedimientos de cirugía menor ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria, el Ministerio de Salud de la Nación- Presidencia de la Nación, que establece en su artículo 2:

"...Entiéndase por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún periodo de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o centro en forma inmediata..."

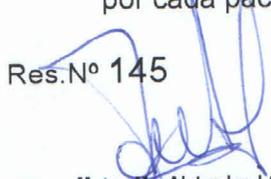
Por ello, teniendo en cuenta lo tratado en su sesión de fecha 11 de agosto de 2015 y en uso de sus atribuciones,

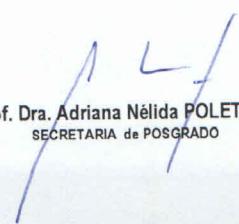
EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Disponer la normalización del uso del quirófano de la Facultad de Odontología, atento a lo dispuesto por Resolución Ministerial 1712/2005 Ministerio de Salud Presidencia de la Nación relativa a Normas e instrumentos, para la habilitación categorizante de los servicios de quirófanos como anexo de consultorios, centros médicos, servicios médicos y/u odontológicos de urgencia e institutos y listado de procedimientos de cirugía menor ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria, según los siguientes ítems:

- La implementación de un registro de quirófano en el cual queden asentados los datos principales de la actividad que se desarrolla, nombre de profesional actuante, de profesionales colaboradores, del paciente; tipo de anestesia, uso de bienes, prescripción de medicamentos, etc.
- En ANEXO I que forma parte de la presente Resolución, obra el consentimiento informado que se adjuntará al libro de registro de quirófano para ser llenado por cada paciente ingresado.

Res. N° 145


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Dra. Adriana Nélide POLETTO
SECRETARIA de POSGRADO


Prof. Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO
DECANA



- Como norma de seguridad, se establece como horario de uso del quirófano, de lunes a viernes de 09:00 a 19:00 y sábados de 09:00 a 17:00.

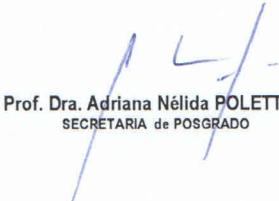
ARTICULO 2º.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo.

RESOLUCIÓN Nº 145

F.O
db



Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION



Prof. Dra. Adriana Nélida POLETTI
SECRETARIA de POSGRADO



Prof. Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO
DECANA

ANEXO I (Resolución N° 145/2015-CD)

Formulario de consentimiento informado:

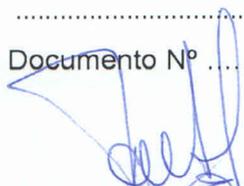
De conformidad con las disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y **AUTORIZO** bajo la supervisión profesional del equipo docente, A La Facultad de Odontología; lo siguiente

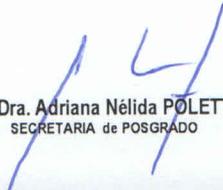
- 1- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el equipo docente representado por quien está más abajo reseñado.
- 2- He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento.
- 3- Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos, fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y método que sean propuestos en orden a los fines proyectados.
- 4- Comprendo la necesidad de realizar, si fuera preciso, tratamientos tanto de carácter odontológicos, médicos, psicológicos y/o quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, sugeridos por el criterio del especialista.
- 5- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos mencionados, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- 6- Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi tratamiento, de manera verbal y/o escrita si fuera necesario, a criterio del equipo docente.
- 7- Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al alumno/a bajo la supervisión profesional, a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimasen oportunos para la resolución de la complicación surgida.
- 8- Doy mi autorización a realizar el tratamiento.....
PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERES, sabiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee y que no renuncio a ninguno de mis derechos.

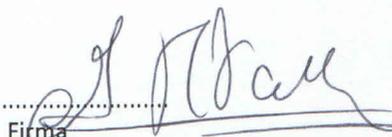
Mendoza, de de 20.....-

Apellido y nombre paciente, tutor o representante legal (en caso de menores de edad o con discapacidad de firmar):

.....
Documento N°


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Dra. Adriana Nélida POLETTI
SECRETARIA de POSGRADO


Firma
Prof. Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO
DECANA