UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:02:49 -05:00

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:38:19 -05:00

BANCO DE DIENTES HUMANOS

Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL BANCO DE DIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Este protocolo es válido para la obtención de piezas dentarias dentro de los distintos ambientes clínicos de la Facultad de Odontología, en donantes que no sean portadores de enfermedades infectocontagiosas como HIV, hepatitis, COVID-19. La Facultad de Odontología, será la encargada de proporcionar los materiales requeridos para el funcionamiento del mismo.

1. Solicitar el Consentimiento informado de donación de la pieza dentaria al paciente. En caso de que el paciente sea menor de edad, el padre o apoderado deberá firmar el consentimiento informado. (Anexo 1)
2. Firma de la solicitud de protección de datos (Anexo 2)
3. Ficha de registro de datos de la pieza dental y codificación: fecha de ingreso, tipo de diente, tipo de dentición y hallazgos clínicos del diente. (Anexo 3)
4. Colocar en el recipiente receptor cloruro de sodio o agua destilada.
5. Lavar los dientes con agua corriente antes de depositarlos en el recipiente receptor.
6. Almacenar los dientes extraídos en el recipiente receptor
7. Cambiar el agua del recipiente cada dos días.
8. Entregar los recipientes con los dientes extraídos al banco de dientes humano (BDH) cada 15 días previa coordinación con la Dra. Juana Bustos. Celular: 996690851 correo: bancodientesh.fo@unmsm.edu.pe
9. Almacenamiento de las piezas dentarias en el banco de dientes de acuerdo al protocolo establecido. (Protocolo de Almacenamiento de las Piezas dentarias)
10. Solicitud de requerimiento de piezas dentarias por parte del interesado (Anexo 4)
11. Evaluación de la solicitud por parte del Comité del Banco de Dientes,
12. Acta de entrega de las piezas dentarias (Anexo 5)

ANEXO 1

BANCO DE DIENTES HUMANOS

Lima, …… de……. de 20…

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título :**Piezas dentarias para el Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

- **Equipo de Banco de Dientes**

• Juana Rosa Bustos de la Cruz	Docente responsable UNMSM	Celular: 996690851
• Carmen Inocencia Quintana del Solar	Docente UNMSM	Celular: 944422303
• Lita Margot Ortiz Fernández	Docente UNMSM	Celular: 975045737
• Marisa Cecilia Jara Castro	Docente UNMSM	Celular: 999681908
• Silvia Celestina Luza Montero	Docente UNMSM	Celular: 950972173

- **Introducción / Propósito**

El uso de dientes humanos para la investigación científica y la enseñanza en Odontología es una práctica bien conocida siendo de gran importancia la existencia de un Banco de Dientes Humanos, que pueda proporcionar dientes para estas actividades de manera segura, respetando las leyes y regulaciones vigentes.

El Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología se encarga de la recolección/recepción, limpieza, desinfección, preparación, catalogación, almacenamiento, cesión/retirada, administración de dientes, registro y almacenamiento de la información asociada, con fines de investigación siguiendo regulaciones, estándares técnicos, éticos y operativos predefinidos, bajo responsabilidad y sin fines de lucro.

- **Participación**

Pacientes donantes de piezas dentarias sanas / con caries u obturaciones pequeña con indicación clínica de extracción.

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:03:10 -05:00

- **Procedimientos**

  Los dientes donados recibirán una limpieza mecánica con ayuda de agua, cepillo y jabón. Luego se eliminarán los cálculos y los restos óseos raspando la superficie con un dispositivo de ultrasonido. Los dientes se separan en grupos según la anatomía y tipo de dentición, se colocan en un recipiente que contiene agua destilada. Tras la esterilización, estos envases se guardan en el congelador, conteniendo en su interior agua esterilizada, a una temperatura de 4°C.

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:38:51 -05:00

- **Riesgos / incomodidades**

  La donación de piezas dentarias para el Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), no genera riesgo y no causa daño de forma intencional o no intencional, no generando lesiones o daños innecesarios.

- **Beneficios**

  La creación del Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) tiene gran importancia y tiene relevante rol social, la cual permitirá mejorar la calidad de la enseñanza y en consecuencia la formación profesional en odontología y contribuirá al desarrollo de investigaciones que apoyen el avance científico.

- **Compensación**

  No se otorgará compensación económica por participar como donante de piezas dentarias para el Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

- **Confidencialidad de la información**

  El proceso de donación de piezas dentarias para el Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), será estrictamente confidencial, resguardando su identidad, manteniendo la confidencialidad de la información proporcionada, su nombre no aparecerá ni será utilizado en ningún informe publicado.

- **Problemas o preguntas**

  Si tuviese dudas, si requiere mayor información referente a la donación de piezas dentarias para el Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), o a sus derechos como parte de la donación, se agradeceré comunicarse con la Dra. Juana Bustos, docente responsable del Banco de Dientes Humanos, celular:996690851 correo: bancodientesh.fo@unmsm.edu.pe.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Declaro haber sido informado(a) de todas las actividades del Banco de Dientes Humanos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), que se realizarán durante mi participación, se han resuelto todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria luego de la información brindada.

Nombres y firmas del participante o responsable legal

Firma del Paciente o responsable Legal	Firma de la responsable del Banco de Dientes
Nombres y Apellidos:	Nombres y Apellidos:
DNI N 0	DNI N0

Impresión dactilar

El Banco de Dientes de la Facultad de Odontología te informa:

Los datos que nos ha facilitado serán tratados de forma confidencial y codificados de manera que su identidad quedará protegida. Los datos serán incorporados en la base de datos de dientes de la Facultad de Odontología de la UNMSM.

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:03:30 -05:00

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:39:06 -05:00

ANEXO N° 2

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de datos N°29733 y normas complementarias)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Documento de Identidad:		Edad:	Fecha:

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del representante u apoderado:	
Con DNI o Documento de Identidad:	

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 297333 - Ley de Protección de datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales en especial los referidos a mis datos sensibles o datos de salud (registro de la atención e información complementaria) y que se encuentren en ficha de registro de datos de donación puedan ser utilizados por_

- ☐ Por el (los) profesional(es) de la salud representantes del Banco de Dientes Humanos (BDH) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para la realización de actos administrativos y de investigación. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

El Banco de Dientes podrá tratar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas al Banco de Dientes de la Facultad de Odontología: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, dirección German Amezaga s/n. Lima.

Firma y Huella digital

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:39:26 -05:00

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:03:48 -05:00

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:04:00 -05:00

ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE LA PIEZA DENTAL

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:39:46 -05:00

Donante: _____

Servicio: _____

Fecha de donación: _____

Registrar la información por cada pieza donada

Pieza dentaria (colocar el código de la pieza: 1.1/1.2 etc.)	Hallazgo clínico importante	Código para almacenamiento (a ser llenado por el encargado del banco de dientes

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Unidad de Investigación

UNMSM
Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:04:11 -05:00

ANEXO 4

Formulario para solicitar órganos dentales del Banco de Dientes de la Facultad de Odontología-UNMSM para proyectos de investigación

UNMSM
Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:40:11 -05:00

1. Nombre y apellidos: _____
2. DNI:
3. Condición:
   a. Estudiante de pregrado
   b. Estudiante de posgrado
   c. Docente
4. Código de estudiante o de docente: _____
5. Grupo de investigación (configurar como opcional, por si fuese tesista)
   _____
6. Tipo de trabajo:
   a. Tesis para titulación de pregrado
   b. Tesis para titulación de posgrado
   c. Proyecto aceptado en concurso interno UNMSM (con o sin financiamiento monetario)
   d. Proyecto aceptado en concurso externo a UNMSM
7. Miembros del proyecto (Colocar a todos los integrantes del proyecto, en caso de tesis debe indicarse al asesor y tesista)
8. Título del proyecto: _____
9. Documentos sustentatorios (debe adjuntar en un solo fichero pdf independiente a esta solicitud rotulada de la siguiente manera Documento-Apellidos Nombre)
   - Constancia de aprobación de proyecto para pase a ejecución (para tesis de pre o posgrado) o Constancia de haber sido aceptado en algún concurso interno o externo a la UNMSM.
   - Constancia de un Comité de Ética.
   - Síntesis del proyecto: Título, objetivos, procedimiento metodológico. (máximo 3 hojas)
10. Indicar tipo y cantidad de piezas solicitadas: (detallar claramente el tipo y cantidad de piezas requeridas):
    _____
11. En caso de tener una respuesta favorable del banco de dientes me comprometo a devolver frascos de muestra nuevos, en la misma cantidad que le fueron entregados.
    SI ACEPTO _____ NO ACEPTO_____

_____
Firma
Nombre y Apellidos
DNI:
Fecha:

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Unidad de Investigación

BANCO DE DIENTES HUMANOS FO-UNMSM

UNMSM

Firmado digitalmente por WATANABE VELASQUEZ Romel Armando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.10.2024 20:04:23 -05:00

ANEXO 5

ACTA DE ENTREGA DE PIEZAS DENTARIAS

UNMSM

Firmado digitalmente por CHUMPITAZ CERRATE Victor Manuel FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09.10.2024 13:40:38 -05:00

Yo _____ identificado con DNI: _____ Estudiante / Docente con código _____.

He recibido (detallar cantidad y número de piezas dentarias) _____ del banco de dientes de la Facultad de Odontología, con fecha: _____.

Con el compromiso de colaborar con la reposición de las piezas dentarias.

_____

Firma

Nombres y apellidos