



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"1983-2023. 40 Años de Democracia"

**EXPEDIENTE ELECTRÓNICO N° EX-2023-4.141.656-GCABA-DGADCYP**

**LICITACIÓN PÚBLICA N° 401-0067-LPU23**

**PLIEGO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARTICULARES**

**1.- DEL FORMATO Y CALIDAD DE LA TARJETA**

La tarjeta será en forma de chequera y estará compuesta de tres hojas: la primera y la segunda hoja serán de papel térmico y la tercera de un gramaje no inferior a 150 gr/m<sup>2</sup>.

Las tres hojas deberán contener código de barras y numeración arábica.

Se requiere que las tres hojas estén correctamente alineadas, para evitar inconvenientes en la transcripción.

La segunda y tercera hoja tendrán adosado con pegamento inalterable, el papel para la toma de muestra calidad Schleicher & Schuell 903 (S&S903).

El tamaño final de la tarjeta será aproximadamente de 24 cm de largo por 10 cm de ancho.

**Se puede retirar una muestra de tarjeta en el Hospital Carlos G. Durand, Av. Díaz Vélez 5044 - 2º piso Div. Laboratorio, Coordinación del PPN en el horario de 8.00 a 12.00 horas.**

La impresión del texto en la tarjeta puede diferir al de la muestra, el mismo será convenido entre la Coordinación del Programa de Pesquisa y el Oferente al que se le adjudique la licitación (Ver formatos de tarjetas del Numeral 4 del presente pliego).

**1.A- DEL PAPEL DE LA TARJETA**

Se requiere que la calidad del papel térmico asegure la correcta transcripción en la segunda y tercera hoja de lo escrito en forma manual en la primera hoja. Caso contrario se desestimarán la propuesta del Oferente.

La primera y segunda hoja de papel térmico tendrán impresión sólo del anverso, y en la tercera hoja la impresión será en ambos lados: anverso igual que el papel térmico, reverso con las indicaciones de toma de muestra.

La impresión del código de barras de las tres hojas debe permitir ser leídos por el lector óptico. No se admitirán tarjetas cuyas hojas contienen códigos de barras con fallas en su lectura.

**1.B.- DEL PAPEL PARA LA TOMA DE MUESTRA (S&S903)**

Deberá tener impreso el número de lote y vencimiento del papel de toma de muestra.

El vencimiento del mismo no deberá ser menor a seis (6) años desde la fecha de la orden de compra.

El tamaño aproximado del papel para toma de muestra será de cuatro centímetros de ancho por diez centímetros de largo, entre ambas hojas.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"1983-2023. 40 Años de Democracia"

El papel para la toma de muestra deberá tener impresos círculos para gotas de sangre: la segunda hoja del papel de toma de muestra deberá tener dos círculos y la tercera hoja cuatro círculos.

## 2.- DE LA NUMERACIÓN DE LAS TARJETAS

La numeración de las tarjetas deberá comenzar a partir del número **00712.001**.

Las tres hojas de la chequera deberán tener el mismo código de barras y la misma numeración arábica.

El papel para la toma de muestra de la segunda y tercera hoja deberá tener la misma numeración arábica que las hojas de la chequera.

El armado/ensamblaje de la tarjeta deberá cumplir con un riguroso control de calidad. Todas las partes de la misma deberán tener la misma numeración. Si alguna caja contuviera al menos una tarjeta mal ensamblada, la misma deberá ser repuesta por el Oferente con numeración consecutiva a la última caja recibida por el programa, **sin excepción**.

## 3.- DEL EMBALAJE DE LAS TARJETAS

Las tarjetas vendrán embaladas en cajas de doscientas cincuenta unidades. Dentro de la caja las tarjetas estarán acondicionadas en cinco bolsas plásticas herméticas, conteniendo cincuenta tarjetas cada bolsa.

Las cajas deberán estar rotuladas con la numeración de las tarjetas que contienen.

## 4.- FORMATO DE TARJETAS

### VISTA DE LA TARJETA EN FORMATO DE CHEQUERA

Institución solicitante		PPN 00682144				GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE HOSPITALES Programa de Pesquisa Neonatal (PPN)	
<b>Datos del recién nacido</b>							
Nombre		Sexo	Edad Gestacional Semanas de gestación	Peso (grs)	Alimentación del RN	Embarazo	Condiciones del RN al momento de la toma
Fecha y hora de nacimiento día / mes / año (24 hrs)		<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	<input type="checkbox"/> 1. Pre-término <input type="checkbox"/> 2. A término		<input type="checkbox"/> 1. Leche Materna <input type="checkbox"/> 2. Leche Fórmula <input type="checkbox"/> 3. Parenteral <input type="checkbox"/> 4. Otra	<input type="checkbox"/> 1. Único <input type="checkbox"/> 2. Nº de gemelo	<input type="checkbox"/> 1. Sano <input type="checkbox"/> 2. Enfermo <input type="checkbox"/> 3. Cuidados Intensivos
Fecha y hora de extracción día / mes / año (24 hrs)							Malformaciones congénitas <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si
<b>Datos de la Madre</b>							
Nombre(s) y Apellido(s)		DNI / Pasap. Nº		Nacionalidad		Enfermedad Tiroidea o Metabólica <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Domicilio Calle / Nº		Localidad		Teléfono		Cuál: Medicación:	
<b>Datos de la Muestra</b>							
1. Primera Muestra <input type="checkbox"/>		*marcar lo que corresponda Corticoides Madre <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Bebé <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Transfusión / Exanguinot. <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No				Médico responsable	
2. Repetición		Dopamina / Dobutamina* <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No				(Fecha) /	
a. Prematuro <input type="checkbox"/>		Desinfectantes Yodados <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No					
b. Mala muestra <input type="checkbox"/>		Derivado al Hospital / del Hospital				Firmá y sello	
c. Resultado elevado <input type="checkbox"/>		PARA EL LABORATORIO					

CF12 | LOTI W-162 | 2024-12

NO TOQUE LOS CIRCULOS  
LLENELOS COMPLETAMENTE

PPN00682144



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"1983-2023. 40 Años de Democracia"

1.- TALÓN PARA EL LABORATORIO

		PPN 00682144				GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE HOSPITALES Programa de Pesquisa Neonatal (PPN)	
Institución solicitante							
Datos del recién nacido							
Nombre		Apellido materno		Apellido paterno			
Fecha y hora de nacimiento día / mes / año (24 hrs)		Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		Edad Gestacional Semanas de gestación <input type="checkbox"/> 1. Pre-término <input type="checkbox"/> 2. A término		Peso (grs)	
Fecha y hora de extracción día / mes / año (24 hrs)		Alimentación del RN <input type="checkbox"/> 1. Leche Materna <input type="checkbox"/> 2. Leche Fórmula <input type="checkbox"/> 3. Parenteral <input type="checkbox"/> 4. Otra		Embarazo <input type="checkbox"/> 1. Único <input type="checkbox"/> 2. Nº de gemelo		Condiciones del RN al momento de la toma <input type="checkbox"/> 1. Sano <input type="checkbox"/> 2. Enfermo <input type="checkbox"/> 3. Cuidados Intensivos	
Datos de la Madre		Nombre(s) y Apellido(s)		DNI / Pasap. Nº		Nacionalidad	
Domicilio Calle / Nº		Localidad		Teléfono		Enfermedad Tiroidea o Metabólica <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
E-mail		Cuál:		Medicación:			
Datos de la Muestra 1. Primera Muestra <input type="checkbox"/> 2. Repetición a. Prematuro <input type="checkbox"/> b. Mala muestra <input type="checkbox"/> c. Resultado elevado <input type="checkbox"/>		*marcar lo que corresponda Corticoides Madre <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Bebé <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Transfusión / Exanguino T.* <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Dopamina / Dobutamina* <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Desinfectantes Yodados <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Derivado al Hospital / del Hospital		Médico responsable			
Análisis		PARA EL LABORATORIO		Firma y sello			

2.- TARJETA LABORATORIO DE METABOLOPATÍAS

		PPN 00682144				GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE HOSPITALES Programa de Pesquisa Neonatal (PPN)	
Institución solicitante							
Datos del recién nacido							
Nombre		Apellido materno		Apellido paterno			
Fecha y hora de nacimiento día / mes / año (24 hrs)		Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		Edad Gestacional Semanas de gestación <input type="checkbox"/> 1. Pre-término <input type="checkbox"/> 2. A término		Peso (grs)	
Fecha y hora de extracción día / mes / año (24 hrs)		Alimentación del RN <input type="checkbox"/> 1. Leche Materna <input type="checkbox"/> 2. Leche Fórmula <input type="checkbox"/> 3. Parenteral <input type="checkbox"/> 4. Otra		Embarazo <input type="checkbox"/> 1. Único <input type="checkbox"/> 2. Nº de gemelo		Condiciones del RN al momento de la toma <input type="checkbox"/> 1. Sano <input type="checkbox"/> 2. Enfermo <input type="checkbox"/> 3. Cuidados Intensivos	
Datos de la Madre		Nombre(s) y Apellido(s)		DNI / Pasap. Nº		Nacionalidad	
Domicilio Calle / Nº		Localidad		Teléfono		Enfermedad Tiroidea o Metabólica <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
E-mail		Cuál:		Medicación:			
Datos de la Muestra 1. Primera Muestra <input type="checkbox"/> 2. Repetición a. Prematuro <input type="checkbox"/> b. Mala muestra <input type="checkbox"/> c. Resultado elevado <input type="checkbox"/>		*marcar lo que corresponda Corticoides Madre <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Bebé <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Transfusión / Exanguino T.* <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Dopamina / Dobutamina* <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Desinfectantes Yodados <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No Derivado al Hospital / del Hospital		Médico responsable			
Análisis		PARA EL LABORATORIO		Firma y sello			

CF12 LOT W-162 2024-12

NO TOQUE LOS CIRCULOS  
LLENELOS COMPLETAMENTE

PPN00682144



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"1983-2023. 40 Años de Democracia"

3.- TARJETA LABORATORIO DE PESQUISA NEONATAL

Barcode: PPN 00682144

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE HOSPITALES  
Programa de Pesquisa Neonatal (PPN)

Institución solicitante: \_\_\_\_\_

Datos del recién nacido

Nombre	Sexo	Edad Gestacional Semanas de gestación	Peso (grs)	Alimentación del RN	Embarazo	Condiciones del RN al momento de la toma
Fecha y hora de nacimiento día / mes / año (24 hrs)	<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	<input type="checkbox"/> 1. Pre-término <input type="checkbox"/> 2. A término		<input type="checkbox"/> 1. Leche Materna <input type="checkbox"/> 2. Leche Fórmula <input type="checkbox"/> 3. Parenteral <input type="checkbox"/> 4. Otra	<input type="checkbox"/> 1. Único <input type="checkbox"/> 2. Nº de gemelo	<input type="checkbox"/> 1. Sano <input type="checkbox"/> 2. Enfermo <input type="checkbox"/> 3. Cuidados Intensivos

Malformaciones congénitas  
☐ 1. No ☐ 2. Si

Datos de la Madre

Nombre(s) y Apellido(s)	DNI / Pasap. N°	Nacionalidad	Enfermedad Tiroidea o Metabólica
Domicilio Calle / N°	Ciudad	Teléfono	<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
E-mail	Medicación:		

Datos de la Muestra

1. Primera Muestra <input type="checkbox"/>	Corticoides Madre <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	Bebé <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	Transfusión / Exanguinot. <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
2. Repetición	Dopamina / Dobutamina <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	Desinfectantes Yodados <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	(Fecha) /
a. Prematuro	Derivado al Hospital / del Hospital		
b. Mala muestra	PARA EL LABORATORIO		
c. Resultado elevado	Firma y sello		

CF12 LOT W-162 2024-12

NO TOQUE LOS CIRCULOS  
LLENELOS COMPLETAMENTE

PPN00682144

4.- ANVERSO - TARJETA LABORATORIO DE PESQUISA NEONATAL

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE PESQUISA NEONATAL (PPN)

Todos los recién nacidos, están comprendidos dentro de este Programa, enmarcado bajo la Ley Nacional 23.874 y la Ley 1908 del GCABA.

La muestra debe tomarse entre las 48 horas y el quinto día de nacimiento. Se recomienda un segundo estudio en los casos de nacimientos pretérmino.

INSTRUCCIONES PARA LA TOMA DE MUESTRA

(Se recomienda toma de talón del pie)

- Toda la información requerida debe completarse en forma legible.
- No utilizar sangre del cordón umbilical.
- No utilizar sangre de capilares o jeringas con anticoagulante.

Diagrama de la planta del pie con la zona de la muestra marcada como "NO".

INSTRUCCIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE MUESTRA DEL TALÓN

1. Colocar la pierna del infante en un nivel mas bajo que el de su corazón.
2. Desinfectar la piel con alcohol < no Betadine > y permitir su evaporación.
3. Punzar la piel con una lanceta esterilizada y con la punta no más larga que 2.4 mm. Utilizar gasa esterilizada para limpiar la primera gota de sangre ya que puede contaminarse con desinfectante o fluidos del tejido.
4. Permitir el libre flujo de sangre para formar una segunda gota.
5. Aplicar la gota de sangre directamente en el centro del círculo de papel de filtro. Llene cada círculo con una sola gota que atraviese el papel de filtro.

Diagrama de la extracción de muestra del talón con la zona de la muestra marcada como "CORRECTO".

6. NO APLICAR SANGRE EN AMBOS LADOS DEL PAPEL. Cada círculo debe quedar completamente lleno.
7. Dejar secar las muestras de sangre en posición horizontal y durante por lo menos tres horas. Proteger a la muestra de la contaminación mientras se esté secando. No apilar las muestras.
8. Verificar la información del paciente sobre el formulario.
9. Enviar por correo (transporte) la muestra a los laboratorios dentro de las 48 horas de su colección y de acuerdo con el circuito de derivación.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"1983-2023. 40 Años de Democracia"

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Pliego**

**Número:**

Buenos Aires,

**Referencia:** Pliego de Especificaciones Técnicas - Licitación Pública N° 401-0067-LPU23 - Expediente Electrónico N° 4.141.656-GCABA-DGADCYP/23

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.