



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Expéditeur

KPT
Case postale
3001 Berne

Demande de garantie de prise en charge des coûts pour les transplan- tations d'organes solides ou de cellules souches

Hôpital de transplantation

Hôpital de transplantation

Type de transplantation

Date prévue d'entrée à l'hôpital pour la transplantation

Coordinateur de trans- plantation	Nom		
	Téléphone	Fax	

Receveur /receveuse

Nom / Prénom	Date de naissance
--------------	-------------------

Rue	Sexe	M	F
-----	------	---	---

NPA / Localité

Assurance-maladie	N° de police
-------------------	--------------

Indications médicales

Code CIM-10

S'agit-il d'une prestation obligatoire au sens de l'art. 1.2 ou de l'art. 2.1, annexe 1 OPAS?	Oui	Non

Afin de procéder à l'examen de notre obligation de verser des prestations, veuillez transmettre un rapport médical détaillé à l'attention de notre médecin-conseil.

Donneur / Donneuse

Donneur vivant

[illegible]

Date de naissance	Sexe	M	F
-------------------	------	---	---

Don post-mortem

Préparation transplantation

Préparation transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques /transplantation rénale resp. du rein et du pancréas:	Groupage HLA (donneur familial/donneur non-apparenté) Groupage HLA (receveur) Nouveau groupage HLA, date du dernier groupage Détermination des données immunologiques
--	--

Poursuite

Receveur / receveuse Nom / Prénom _____

Transplantation

Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
phase d'exploitation
purging
une transplantation
plusieurs transplantations
phase de transplantation combien? _____
justification _____

Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques
frères et soeurs géno-identiques
donneur familial haplo-identique
transplantation ordinaire
mini-transplant
donneur non-apparenté

Ventricule artificiel

(bridge to transplant)

Court terme

Moyen à long terme

Le patient est-il sur la liste d'attente pour une
transplantation cardiaque?

Oui

Non

Informations complémentaires

S'agit-il d'une maladie auto-immune?

Oui

Non

Le traitement est-il effectué dans le cadres d'une
étude ou d'une étude multicentrique?

Oui

Non

Nom de l'étude _____

Recherche de donneurs non-apparentés

Enregistrement

Recherche de donneurs

Don de lymphocytes par le donneur

Mise à disposition de l'organe de transplantation

Signature du médecin

Nom / Prénom _____

Lieu et date _____ Signature du médecin _____