



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Mittente

KPT
Casella postale
3001 Berna

Domanda di garanzia d'assunzione dei costi per il trapianto di organi solidi o cellule staminali

Ospedale del trapianto

Ospedale del trapianto _____
Tipo di trapianto _____
Data prevista dell'ospedalizzazione per il trapianto _____
Coordinatore del trapianto Nome _____
 Telefono _____ Fax _____

Ricevente

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____
Via _____ Sesso M F
NPA/ Luogo _____
Assicuratore malattia _____ Polizza n. _____

Indicazione medica

Codice ICD-10 _____
L'intervento è una prestazione obbligatoria in virtù dell'OPre Allegato 1 art. 1.2 o art. 2.1? Si No

Affinché possiamo verificare il nostro obbligo a prestazioni, la invitiamo a inviare un rapporto medico dettagliato all'attenzione del nostro medico di fiducia.

Donatore / Donatrice

Donatore vivente

Cognome/Nome _____ Grado di parentela o rapporto _____
Data di nascita _____ Sesso M F

Donatore deceduto

Preparazione al trapianto

Preparazione al trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche/ al trapianto renale / al trapianto dei reni e del pancreas:
Tipizzazione HLA donatore familiare / non familiare
Tipizzazione HLA (ricevente)
Tipizzazione HLA ripetuta, data dell'ultima tipizzazione
Determinazione dei dati immunologici

Continuazione

Ricevente

Cognome/Nome

Trapianto

Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche

Fase di raccolta

Purging

Un trapianto

Più trapianti

Fase di trapianto

quanti?

Motivazione

Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche

Fratelli e sorelle genoidentici

Donatore familiare aploidentico

Trapianto normale

Minitrapianto

Donatore non familiare

Ventricolo artificiale

(ponte al trapianto)

Breve termine

Medio-lungo termine

Il paziente è su una lista d'attesa per un trapianto di cuore?

Si

No

Informazioni supplementari

Si tratta di una malattia autoimmune?

Si

No

Il trattamento è eseguito nel quadro di uno studio o di uno studio multicentrico?

Si

No

Nome dello studio

Ricerca di un donatore non familiare

Registrazione

Ricerca del donatore

Donazione di linfociti del donatore

Messa a disposizione delle cellule del trapianto

Firma del medico

Cognome/ Nome

Luogo e data

Firma del medico