



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 transplantations 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- Nom _____
plantation 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

Nom / Prénom _____ Degré de parenté ou lien _____
Date de naissance _____ Sexe M F

Don post-mortem

Préparation transplantation

Préparation transplanta- tion allogénique de cel- lules souches hémato- poïétiques /transplanta- tion rénale resp. du rein et du pancréas:	Groupe HLA (donneur familial/donneur non-apparenté) Groupe HLA (receveur) Nouveau groupe HLA, date du dernier groupage Détermination des données immunologiques
---	--



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Poursuite

Receveur / receveuse Nom / Prénom _____

Transplantation

Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
phase d'exploitation

purgings

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 _____