

Helsana Assurances SA
Case postale
8081 Zurich

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

1 Hôpital de transplantation	Type de transplantation
	Date prévue d'entrée à l'hôpital pour la transplantation
Coordinateur de transplantation	Nom
	Téléphone Fax
2 Receveur	Nom, prénom
	Date de naissance Sexe
	Rue, n°
	NPA, localité
	Assureur-maladie N° d'assuré/e
3 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.
4 Donneur vivant	Nom, prénom
	Date de naissance Sexe
	Degré de parenté ou lien
	<input type="checkbox"/> Don post-mortem
5 Préparation transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques/ transplantation rénale resp. du rein et du pancréas	<input type="checkbox"/> Groupage HLA (donneur familial/donneur non-apparenté) <input type="checkbox"/> Groupage HLA (receveur) <input type="checkbox"/> Nouveau groupage HLA, date du dernier groupage Détermination des données immunologiques
6 Transplantation	<input type="checkbox"/> Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques: <input type="checkbox"/> phase d'exploitation <input type="checkbox"/> purging <input type="checkbox"/> une transplantation <input type="checkbox"/> plusieurs transplantations <input type="checkbox"/> phase de transplantation; combien? justification

Receveur

Poursuite de la transplantation

Nom, prénom

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

7 Ventricule artificiel

(bridge to transplant)

- Court terme
 Moyen à long terme
-

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

8 Informations complémentaires

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

Le traitement est-il effectué dans le cadre d'une étude ou d'une étude multicentrique? Non Oui

Nom de l'étude

9 Recherche de donneurs non-apparentés

- Enregistrement
 Recherche de donneurs
 Don de lymphocytes par le donneur
 Mise à disposition de l'organe de transplantation
-

10 Signature du médecin

Date

Nom, prénom

Signature du médecin
