

Helsana Assicurazioni SA
Casella postale
8081 Zurigo

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

1 Ospedale del trapianto	_____	
	Tipo di trapianto _____	
	Data prevista dell'ospedalizzazione per il trapianto _____	
Coordinatore del trapianto	Nome _____	
	Telefono _____	Telefax _____
2 Ricevente	Cognome, nome _____	
	Data di nascita _____	Sesso _____
	Via, n. _____	
	NPA, luogo _____	
	Assicuratore malattia _____	N. d'assicurato _____
3 Indicazione medica	Codice ICD-10 _____	
	L'intervento è una prestazione obbligatoria in virtù dell'OPre Allegato 1 art. 1.2 o art. 2.1? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No > Affinché possiamo verificare il nostro obbligo a prestazioni, la invitiamo a inviare un rapporto medico dettagliato all'attenzione del nostro medico di fiducia.	
4 Donatore vivente	Cognome, nome _____	
	Data di nascita _____	Sesso _____
	Grado di parentela o rapporto _____	
	<input type="checkbox"/> Donatore deceduto	
5 Preparazione al trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche/ al trapianto renale/ al trapianto dei reni e del pancreas	<input type="checkbox"/> Tipizzazione HLA donatore familiare/non familiare <input type="checkbox"/> Tipizzazione HLA (ricevente) <input type="checkbox"/> Tipizzazione HLA ripetuta, data dell'ultima tipizzazione Determinazione dei dati immunologici _____	
6 Trapianto	<input type="checkbox"/> Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche <input type="checkbox"/> Fase di raccolta <input type="checkbox"/> Purgino <input type="checkbox"/> Un trapianto <input type="checkbox"/> Più trapianti <input type="checkbox"/> Fase di trapianto; quanti? Motivazione _____	

<hr/> Ricevente <hr/>	<hr/> Cognome, nome <hr/>
Continuazione «Trapianto»	<input type="checkbox"/> Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche <input type="checkbox"/> Fratelli e sorelle genoidentici <input type="checkbox"/> Donatore familiare aploidentico <input type="checkbox"/> Trapianto normale <input type="checkbox"/> Minitrapianto <input type="checkbox"/> Donatore non familiare
<hr/> 7 Ventricolo artificiale <hr/>	<input type="checkbox"/> Breve termine <input type="checkbox"/> Medio-lungo termine
(ponte al trapianto)	Il paziente è su una lista d'attesa per un trapianto di cuore? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
<hr/> 8 Informazioni supplementari <hr/>	Si tratta di una malattia autoimmune? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	Il trattamento è eseguito nel quadro di uno studio o di uno studio multicentrico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	Nome dello studio
<hr/> 9 Ricerca di un donatore non familiare <hr/>	<input type="checkbox"/> Registrazione <input type="checkbox"/> Ricerca del donatore <input type="checkbox"/> Donazione di linfociti del donatore <input type="checkbox"/> Messa a disposizione delle cellule del trapianto
<hr/> 10 Firma del medico <hr/>	<hr/> Cognome, nome <hr/>
Data	Firma del medico
