

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?

- Sì  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

- Donatore deceduto

### 5 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

### 6 Trapianto

- Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche  
 Fase di raccolta  
 Purgino  
 Un trapianto  
 Più trapianti  
 Fase di trapianto; quanti?  
Motivazione

---

**Ricevente**

---

Continuazione «Trapianto»

---

**Cognome, nome**

---

- Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche
  - Fratelli e sorelle genoidentici
  - Donatore familiare aploidentico
  - Trapianto normale
  - Minitrapianto
  - Donatore non familiare
- 

**7 Ventricolo artificiale**

(ponte al trapianto)

- Breve termine
  - Medio-lungo termine
- 

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

 No  Sì**8 Informazioni supplementari**

Si tratta di una malattia autoimmune?

 No  Sì

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

 No  Sì

Nome dello studio

**9 Ricerca di un donatore non familiare**

- Registrazione
  - Ricerca del donatore
  - Donazione di linfociti del donatore
  - Messa a disposizione delle cellule del trapianto
- 

**10 Firma del medico**

Data

---

**Cognome, nome**

---

Firma del medico

---