

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

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
