

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

<b>1</b>	<b>Hôpital de transplantation</b>	Type de transplantation Date prévue d'entrée à l'hôpital pour la transplantation Coordinateur de transplantation Nom Téléphone Fax
<b>2</b>	<b>Receveur</b>	Nom, prénom Date de naissance Sexe Rue, n° NPA, localité Assureur-maladie N° d'assuré/e
<b>3</b>	<b>Indications médicales</b>	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.
<b>4</b>	<b>Donneur vivant</b>	Nom, prénom Date de naissance Sexe Degré de parenté ou lien <input type="checkbox"/> Don post-mortem
<b>5</b>	<b>Préparation transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques/ transplantation rénale resp. du rein et du pancréas</b>	<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
<b>6</b>	<b>Transplantation</b>	<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

---