

Richiesta di garanzia di copertura dei costi per il trapianto di organi solidi o di cellule staminali

Ospedale del trapianto

Tipo di trapianto

Data di ricovero prevista per il trapianto

Coordinatore/trice del trapianto

Cognome, nome

Destinatario/a

Cognome, nome

Data di nascita

Sesso m f

Via, n.

NPA, luogo

Assicuratore malattia

N. d'assicurato

Indicazione medica

Codice ICD 10

L'intervento è una prestazione obbligatoria ai sensi dell'OPre appendice 1 art. 1.2 o 2.1? Sì No

Per verificare il nostro obbligo di prestazioni la preghiamo di inviare una copia dettagliata del rapporto medico all'attenzione del nostro medico di fiducia.

Partner

Cognome, nome

Data di nascita

Sesso m f

Grado di parentela oppure rapporto

Donazione del corpo



Contatto

Sanitas
Preference Center
Länggassstrasse 7, Casella postale
3001 Berna

sanitas.com

sanitas

Preparazione al trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche, al trapianto renale o al trapianto di rene e pancreas

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Tipizzazione HLA, donatore familiare / non familiare | <input type="radio"/> Tipizzazione HLA ripetuta, data dell'ultima tipizzazione |
| <input type="radio"/> Tipizzazione HLA (ricevente) | <input type="radio"/> Determinazione dei dati immunologici |

Trapianto

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche | <input type="radio"/> Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche |
| <input type="radio"/> Fase di raccolta | <input type="radio"/> Gemelli monozigoti |
| <input type="radio"/> Purging | <input type="radio"/> Donatore familiare aploidentico |
| <input type="radio"/> Un trapianto | <input type="radio"/> Trapianto normale |
| <input type="radio"/> Più trapianti | <input type="radio"/> Minitrapianto |
| <input type="radio"/> Fase di trapianto; quante? | <input type="radio"/> Donatore non familiare |

Destinatario/a

Cognome, nome

Ventricolo artificiale (bridge to transplant)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Breve termine | <input type="radio"/> Medio a lungo termine |
|-------------------------------------|---|

Il paziente è in lista d'attesa per un trapianto cardiaco? Sì No

Dati complementari

Si tratta di una malattia autoimmune? Sì No

La cura avviene nel quadro di uno studio o di uno studio multicentrico? Sì No

Nome dello studio

Ricerca di un donatore non familiare

<input type="radio"/> Registrazione	<input type="radio"/> Donatore - donazione di linfociti
-------------------------------------	---

<input type="radio"/> Ricerca di un donatore	<input type="radio"/> Messa a disposizione di organi/cellule del trapianto
--	--

Medico

Cognome, nome

Luogo, data:

Firma del medico