

# Domanda di garanzia d'assunzione dei costi per il trapianto

di organi solidi o cellule staminali

## 1 Ricevente (persona assicurata CSS)

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sesso	Via, n.	NPA/Luogo
<input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assicuratore malattie	N. d'assicurato	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 2 Centro di trapianti

Centro di trapianti	Telefono	Data prevista dell'ospedalizzazione per il trapianto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coordinatore del trapianto	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 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?	Infermità congenita
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Affinché possiamo verificare il nostro obbligo ad assumere prestazioni, la invitiamo a inviare un rapporto medico dettagliato all'attenzione del nostro medico di fiducia.

## 4 Generalità del donatore / della donatrice

Cognome	Nome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sesso	Grado di parentela risp. rapporto rispetto al ricevente	
<input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	<input type="text"/>	

## 5 Preparazione al trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche / al trapianto renale / di reni e 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	<input type="checkbox"/> Determinazione dei dati immunologici

## 6 Trapianto

<input type="checkbox"/> Trapianto autogeno 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? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche	Motivazione
<input type="checkbox"/> Fratelli e sorelle genoidentici	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Donatore familiare aploidentico	
<input type="checkbox"/> Trapianto normale	
<input type="checkbox"/> Minitrapianto	
<input type="checkbox"/> Donatore non familiare	

## 7 Ventricolo artificiale (bridge to transplant)

- Breve termine  
 Medio-lungo termine

Il paziente è su una lista d'attesa per un trapianto di cuore?  Sì  No

## 8 Informazioni supplementari

Si tratta di una malattia autoimmune?

Sì  No

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

Sì  No

Nome dello studio

## 9 Ricerca di un donatore non familiare

- Registrazione  
 Donazione di linfociti del donatore

- Ricerca del donatore  
 Messa a disposizione delle cellule del trapianto

## 10 Firma del medico

Cognome

Nome

Luogo

Firma del medico

Inviare a:

CSS, Servizio di medico di fiducia, Casella postale 168, 6932 Breganzona

Indirizzo HIN: [avd.i@css.ch](mailto:avd.i@css.ch)

Soggetti di diritto per l'assicurazione di base secondo la LAMal: CSS Assicurazione malattie SA

Soggetti di diritto per l'assicurazione secondo la LCA: CSS Assicurazione SA

Soggetto di diritto per l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF: CSS Assicurazione SA