|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formular** | | |
| **Meldung im Bereich der autologen Transplantaten gemäss Artikel 15d der Transplantationsverordnung (SR 810.211)** | | |
| **Identifikationsnummer:** | I-319.AA.01-A01d |
| **Version:** | 5.0 |
| **Gültig ab Datum:** | 25.09.2023 |

# Firma / Spital

|  |  |
| --- | --- |
| Firmenname | …… |
| Zusatz | …… |
| Strasse / Nr. | …… |
| Postfach | …… |
| PLZ / Ort | …… |
| Kanton | …… |
| Telefon | …… |
| Fax | …… |
| E-Mail | …… |

# Verantwortliche Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | …… | Vorname | …… |
| Geburtsdatum | …… | Telefon | …… |
| E-Mail | …… | Fax | …… |

# Art der Transplantate (Zutreffendes ankreuzen und die verlangte Informationen ausfüllen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Art der entnommenen Gewebe | Zielort und Funktion des transplantierten Gewebes\* |
|  | …… | | …… | |
|  | …… | | …… | |
|  | …… | | …… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Art der entnommenen Zellen | Zielort und Funktion der transplantierten Zellen\* |
|  | …… | | …… | |
|  | …… | | …… | |
|  | …… | | …… | |

# Tätigkeiten (Zutreffendes ankreuzen und die verlangten Informationen ausfüllen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aufbereitung | Zusätzliche Informationen (Text) |
|  | * Name der Institution, wo die Entnahme stattfindet | …… |
|  | * Name der Institution, wo die Aufbereitung stattfindet | …… |
|  | * Zweck der Aufbereitung | …… |
|  | * Methode(n) der Aufbereitung | …… |
|  | * Durchschnittliche Anzahl der bearbeiteten Gewebe und Zellen, aufgeteilt nach Art der Gewebe und Zellen, pro Jahr | …… |
|  | Weitergabe | Zusätzliche Informationen (Text) |
|  | * Anzahl und Namen der Institutionen in der Schweiz an welche die Gewebe und Zelleinheiten weitergegeben werden, aufgeteilt nach Art der Gewebe und Zellen | …… |
|  | * Zweck der Weitergabe | …… |
|  | Einfuhr | Zusätzliche Informationen (Text) |
|  | * Name der Institutionen, von welchen die Gewebe oder Zellen eingeführt werden | …… |
|  | Ausfuhr | Zusätzliche Informationen (Text) |
|  | * Name der Institutionen, für welche die Gewebe oder Zellen ausgeführt werden | …… |
|  | Lagerung | Zusätzliche Informationen (Text) |
|  | * Art der Lagerung (cryo-konserviert, andere ?) | …… |
|  | * Name der Institution, wo die Lagerung stattfindet | …… |

\* Für jede entnommene Gewebe- und Zellart ist das Gewebe oder anatomische Kompartiment, in welches diese transplantiert wird (Zielgewebe oder Zielkompartiment) sowie die Funktion anzugeben.

|  |
| --- |
| Datum und Unterschrift |
| …… |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
| …… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zu senden an:**  [autologe\_transplantate@swissmedic.ch](mailto:autologe_transplantate@swissmedic.ch)  **Nur in Ausnahmefällen**:  Swissmedic  Schweizerisches Heilmittelinstitut  Abteilung Advanced Therapy Medicinal Products  Inspektorin / Inspektor  Hallerstrasse 7  3012 Bern | **Für Rückfragen:**  Telefon: +41 58 462 04 55 |