|  |
| --- |
| **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**Nur in Ausnahmefällen**:SwissmedicSchweizerisches HeilmittelinstitutAbteilung Advanced Therapy Medicinal ProductsInspektorin / InspektorHallerstrasse 73012 Bern | **Für Rückfragen:**Telefon: +41 58 462 04 55 |