|  |
| --- |
| **Formulaire** |
| **Déclaration relative aux transplants autologues en vertu de l’article 15d de l’ordonnance sur la transplantation (RS 810.211)** |
| **Numéro d’identification :** | I-319.AA.01-A01f |
| **Version :** | 5.0 |
| **Date de validité :** | 25.09.2023 |

# Entreprise / hôpital

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale | …… |
| Complément | …… |
| Rue / n° | …… |
| Case postale | …… |
| NPA / Localité | …… |
| Canton | …… |
| Téléphone | …… |
| Fax | …… |
| E-mail | …… |

# Personne responsable

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | …… | Prénom | …… |
| Date de naissance | …… | Téléphone | …… |
| E-mail | …… | Fax | …… |

# Type de transplant (cocher la case correspondante et introduire les informations demandées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Type de tissus prélevé | Tissue/compartiment cible et fonction du tissu transplanté\* |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Type de cellules prélevées | Tissue/compartiment cible et fonction des cellules transplantées\* |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |

|  |
| --- |
| Activités (cocher la case correspondante et introduire les informations demandées) |
| [ ]  | Préparation | Informations complémentaires (texte) |
|  | * Nom de l’établissement où le prélèvement a lieu
 | …… |
|  | * Nom de l’établissement où la préparation a lieu
 | …… |
|  | * Finalité du traitement
 | …… |
|  | * Méthode(s) de préparation
 | …… |
|  | * Nombre moyen de tissus et cellules traités, selon le type de tissus et de cellules, par année
 | …… |
| [ ]  | Transmission | Informations complémentaires (texte) |
|  | * Nombre et nom des établissements en Suisse auxquels les tissus et les unités cellulaires sont transmis, selon le type de tissus et de cellules
 | …… |
|  | * Finalité de la transmission
 | …… |
| [ ]  | Importation | Informations complémentaires (texte) |
|  | * Nom des établissements d’où les tissus ou cellules sont importés
 | …… |
| [ ]  | Exportation | Informations complémentaires (texte) |
|  | * Nom des établissements à qui les tissus ou cellules exportés sont destinés
 | …… |
| [ ]  | Conservation | Informations complémentaires (texte) |
|  | * Type de conservation (cryoconservation, autre ?)
 | …… |
|  | * Nom de l’établissement où la conservation a lieu
 | …… |

\* Veuillez indiquer pour chaque type de tissu et de cellules le tissu ou compartiment anatomique, dans lequel ils sont transplantés (tissu/compartiment cible) et leur fonction.

|  |
| --- |
| Date et signature |
| **……** |

|  |
| --- |
| Remarques |
| **……** |

|  |  |
| --- | --- |
| **À envoyer à :**autologe\_transplantate@swissmedic.ch**Uniquement dans les cas exceptionnels :**SwissmedicInstitut suisse des produits thérapeutiquesDivision Advanced Therapy Medicinal ProductsInspectrice / Inspecteur Hallerstrasse 73012 Berne | **Pour toute question :**Téléphone : +41 58 462 04 55 |