|  |
| --- |
| **Formulario** |
| **Notifica relativa agli espianti autogeni ai sensi dell’articolo 15d Ordinanza sui trapianti (RS 810.211)** |
| **Numero d'identificazione:** | I-319.AA.01-A01i |
| **Versione:** | 5.0 |
| **Valido dal:** | 25.09.2023 |

# Ditta / Ospedale

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della ditta | …… |
| Complemento | …… |
| Via / n. | …… |
| Casella postale | …… |
| NPA / Luogo | …… |
| Cantone | …… |
| Telefono | …… |
| Fax | …… |
| E-mail | …… |

# Responsabile

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | …… | Nome | …… |
| Data di nascita | …… | Telefono | …… |
| E-mail | …… | Fax | …… |

# Tipo di espianto (contrassegnare la casella pertinente e inserire le informazioni richieste)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Tipo di tessuto prelevato | Collocazione anatomica e funzione del tessuto trapiantato\* |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Tipo di cellula prelevata | Collocazione anatomica e funzione delle cellule trapiantate\* |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |
|  | …… | …… |

# Attività (contrassegnare la casella pertinente e inserire le informazioni richieste)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Preparazione | Informazioni supplementari (testo) |
|  | * Nome dell’istituto in cui avviene il prelievo
 | …… |
|  | * Nome dell’istituto in cui avviene la preparazione
 | …… |
|  | * Scopo della preparazione
 | …… |
|  | * Metodo/i di preparazione
 | …… |
|  | * Numero medio di tessuti e cellule preparati, suddivisi per tipo di tessuto e cellula, all’anno
 | …… |
| [ ]  | Consegna | Informazioni supplementari (testo) |
|  | * Numero e nome degli istituti in Svizzera a cui vengongo consegnati tessuti e unità cellulari, suddivisi per tipo di tessuto e cellula
 | …… |
|  | * Scopo della consegna
 | …… |
| [ ]  | Importazione | Informazioni supplementari (testo) |
|  | * Nome degli istituti da cui vengono importati i tessuti o le cellule
 | …… |
| [ ]  | Esportazione  | Informazioni supplementari (testo) |
|  | * Nome degli istituti a cui vengono esportati i tessuti o le cellule
 | …… |
| [ ]  | Conservazione | Informazioni supplementari (testo) |
|  | * Tipo di conservazione (crioconservazione, altro?)
 | …… |
|  | * Nome dell’istituto in cui avviene la conservazione
 | …… |

\*Per ogni tipo di tessuto e di cellula, indicare la collocazione anatomica in cui l’espianto viene innestato e la funzione di tale trapianto.

|  |
| --- |
| Data e firma |
| …… |

|  |
| --- |
| Osservazioni |
| …… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inviare a:**autologe\_transplantate@swissmedic.ch**Solo in casi eccezionali:**SwissmedicIstituto svizzero per gli agenti terapeuticiDivisione Advanced Therapy Medicinal ProductsIspettrice / IspettoreHallerstrasse 73012 Berna | **Per informazioni:**Telefono: +41 58 462 04 55 |