



REGIONE
MARCHE

MODULO RT Ospedale

L.R. 36/98 smi; R.R. 3/13; DGR 301/17.

RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO

DI SOGGETTI RICOVERATI O RELATIVO ALL'ATTIVITA' DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA

Numero Servizio

Riservato CCT

Il sottoscritto Dr. _____

cognome e nome

Codice fiscale

del Presidio ospedaliero di: _____

Unità Operativa: _____

in qualità di medico che ha in cura il/la Sig/ra _____

cognome e nome avente diritto al trasporto

nato/a a _____

il _____

g g m m a a a a

Codice fiscale

residente a _____

(Prov: _____)

in Via _____

n° _____

(domicilio sanitario :
solo se diverso dalla residenza

città _____

via/località _____

n° civico _____

telefono di riferimento per comunicazioni inerenti il trasporto _____

Nome sul campanello _____

RICHIEDE PER IL MEDESIMO ASSISTITO IL TRASPORTO SANITARIO

PROGRAMMATO

o

URGENTE (solo per tipologia prevista *)

per:

trasferimento*

day hospital

prestazione/consulenza*

(specificare tipo prestazione richiesta)

ricovero ordinario

dimissione

altro*

(specificare tipo richiesta)

ciclo di terapia

tipologia _____

e numero di sedute _____

(in lettere)

partenza da:

U.O. di degenza

Pronto Soccorso

Residenza

Domicilio sanitario

destinazione a:

Struttura Sanitaria per proseguo cure

pubblica,

privata accreditata

(se dimissione:)

Domicilio sanitario

Residenza

Altro

(NB: > Km rispetto domicilio sanitario sono a carico dell'assistito)

(specificare sempre)

Nome _____

Città _____

Via/Località _____

N° civico _____

da effettuarsi il giorno: _____

se ciclo primo giorno trattamento

prelievamento

oppure a destinazione alle ore: _____

con viaggio di:

Se la struttura è diversa da quella di competenza, specificare la motivazione: _____

sola andata

andata e ritorno

solo ritorno

andata e ritorno più sosta

IN CASO DI RICHIESTE TRASPORTO PER: DIMISSIONE; PRE-RICOVERO; POST-RICOVERO (max 30 gg successivi dimissione)

CERTIFICA CHE L'ASSISTITO, in base alle proprie condizioni cliniche, NON PUO' VIAGGIARE CON I COMUNI MEZZI DI TRASPORTO IN QUANTO (barrare almeno una delle condizioni sotto riportate):

Condizioni del trasportato

Formazione operatori

Mezzo

Tipo trasporto

Paziente in clinostatismo obbligato per inabilità al controllo del tronco anche in posizione seduta

Paziente in clinostatismo obbligato finalizzato alla prevenzione di lesioni non stabilizzate vertebre/bacino e femore

Paziente in ADI/Ospedalizzazione domiciliare/Hospice

Paziente con impossibilità permanente all'uso di entrambi arti inferiori, che non abbia usufruito di agevolazioni

Paziente con amputazione di arto inferiore non protesizzato

NECESSITA DI ASSISTENZA DA PARTE DI PERSONALE ADEGUATAMENTE FORMATO ai sensi DGR 1405/01; in quanto PRESENTA UN RISCHIO SUPERIORE ALLA NORMA, tale da richiedere durante il trasporto interventi di sostegno di base alle funzioni vitali o altra tipologia di assistenza correlata ai problemi clinici individuati.

AMBULANZA

TRASPORTO SANITARIO
o
PREVALENTEMENTE SANITARIO

NON NECESSITA DELL'ASSISTENZA IN ITINERE DA PARTE DI PERSONALE ADEGUATAMENTE FORMATO ai sensi DGR 1405/01; in quanto NON PRESENTA UN RISCHIO SUPERIORE ALLA NORMA, con personale di accompagnamento

**Autoveicolo per trasporto
Disabili dotato di sollevatore**

TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE
o
NON PREVALENTEMENTE SANITARIO

Note: _____

IN CASO DI RICHIESTE TRASPORTO DA EFFETTUARSI DURANTE LA DEGENZA

Assistenza necessaria durante il viaggio:

Soccorritore formato (Ambulanza B)

Infermiere (Ambulanza A-BLS)

Medico + Inf. (Ambulanza A-ALS)

Rianimatore + Inf

Se il trasporto è URGENTE definire **Classe Ehrenwerth:**

I

II

III

IV

V

In relazione alle condizioni cliniche, il soggetto:

può viaggiare con altri pazienti;

necessita di essere trasportato singolarmente.

Occorrono inoltre durante il trasporto i seguenti presidi particolari di assistenza e/o accorgimenti di protezione individuale: _____

RICHIESTA TRASPORTO INTER-OSPEDALIERO CON AUTOVEICOLO ORDINARIO

SOLO PER ASSISTITO GIA' RICOVERATO e DEAMBULANTE, CHE NON HA NECESSITA' DI ASSISTENZA DURANTE IL VIAGGIO

Data: _____

Firma e Timbro Medico curante dell'U.O. Degenza

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA DIRETTORE PRESIDIO OSPEDALIERO o Suo Delegato

Richiesta in caso di trasporti extraregione o con destinazione Strutture Private accreditate.

Il sottoscritto Dr. _____

cognome e nome

Codice fiscale

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

il trasporto ai sensi DGL _____

301/2017

Data: _____

Firma e Timbro Direttore del Presidio Ospedaliero o Suo Delegato

Spazio riservato medico CCT

APPROPRIATEZZA della RICHIESTA: CONFORME

NON CONFORME

PROPOSTA VERIFICA

note: _____

Data: _____

Firma e Timbro CCT

a campione

su deviazione standard

su segnalazione

Prenotazione presso: Centrale Coordinamento Trasporti-

Telefono: 0736.358.892 - Fax: 0736.358.101

IL DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE IN MODO LEGGIBILE E SENZA MODIFICHE O CANCELLATURE. N.B.: NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE RICHIESTE PRIVE DI FIRMA E TIMBRO PERSONALE DEL MEDICO RICHIEDI