

SCHEDA RICHIESTA TRASPORTO SECONDARIO

rev 0.3 2023

ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

ALL'U.O. DI PRONTO SOCCORSO SEDE _____

U.O.		DATA
Cognome e Nome del Paziente		
Data di Nascita		SDO/Accesso in PS
Ospedale di Destinazione		
Medico della Struttura Accettante Contattato		
Telef.- Fax Medico Struttura Accettante		
Medico che accompagna		
Infermiere che accompagna		
Il paziente informato sui rischi/benefici del trasporto in ambulanza, per trasferimento presso altra struttura o per accertamenti diagnostici, dà il proprio consenso	_____ Firma del paziente	

TRASFERIMENTO RICHIESTO IN¹:

Emergenza		
Urgenza		Indicare data e ora di partenza:
Elezione		Indicare data e ora di partenza:
Consulenza		Indicare data e ora di partenza:

Diagnosi	
Classe di rischio secondo EHERENWERTH	① - ② (non necessita presenza del medico) - ③ (con medico) ④ - ⑤ (con rianimatore)
Motivazioni Del Trasporto	<input type="checkbox"/> Necessità di eseguire consulenze, indagini diagnostiche o terapie particolari (specificare): _____ _____ <input type="checkbox"/> Carenza di posti letto nel P.O. <input type="checkbox"/> Trasferimento in Ospedali competenti per specialità

Visto Il Direttore Medico di Presidio
--

Firma e Timbro Del Medico Richiedente

La presente richiesta deve essere preventivamente autorizzata dalla Direzione medica di presidio competente e successivamente inviata alla U.O. di pronto Soccorso.

¹ BARRARE CON UNA CROCETTA LA MODALITA' DI TRASFERIMENTO PIU' APPROPRIATA