



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867  
Scheda trasporto secondario per accertamenti diagnostici

rev 0.3 2023

AMBULANZA TARGA N. \_\_\_\_\_

OSPEDALE \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

PARTENZA IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

**PAZIENTE:** COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AUTONOMO  IN SEDIA  IN BARELLA

INFERMIERE \_\_\_\_\_ MEDICO (se presente) \_\_\_\_\_

**OSPEDALE DI DESTINAZIONE** \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

PERSONA/FUNZIONE DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL TRASPORTO: \_\_\_\_\_

CONSULENZA  ES. STRUMENTALE  TAC

RMN  ALTRO \_\_\_\_\_

ACCESSO VENOSO o centrale o periferico

TERAPIA IN CORSO  ALTRO \_\_\_\_\_

PARAMETRI VITALI alla partenza FC: \_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_ SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ T.C. \_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_

EVENTI SIGNIFICATIVI DA SEGNALARE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parametri vitali durante il trasporto FC: \_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_ SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ T.C. \_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_

FARMACI E PRESIDII SANITARI UTILIZZATI (per i farmaci specificare dosaggio, via e ora di somministrazione):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FARMACI E PRESIDII SANITARI RIPRISTINATI: SI  NO

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RIENTRO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

IL VANO SANITARIO NECESSITA DI SANIFICAZIONE SI  NO

Firma leggibile del Medico (se presente)

\_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'infermiere

\_\_\_\_\_