



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

## SCHEMA TRASFERIMENTO PAZIENTE

rev 0.3 2023

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

U.O. \_\_\_\_\_ Medico che dispone il trasferimento: \_\_\_\_\_

firma leggibile \_\_\_\_\_

Partenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

PAZIENTE: COGNOME	NOME	DATA NASCITA
_____	_____	____/____/____

Ospedale di destinazione: \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Medico della struttura accettante contattato: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico (se presente) \_\_\_\_\_ Infermiere \_\_\_\_\_

<b>Classe di rischio secondo eherenweert</b>	① - ② (non necessita presenza del medico) - ③ (con medico) ④ - ⑤ (con rianimatore)					
<b>Diagnosi</b>	_____ _____					
<b>Motivo del trasferimento</b>	_____ _____					
<b>Condizioni generali alla partenza</b>	_____ _____					
	<input type="checkbox"/> Pz. in respiro autonomo <input type="checkbox"/> Pz. intubato <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia					
<b>Parametri vitali alla partenza</b>	F.C.	Batt/min	P.A.	mm/hg	F.R.	/ min
	T.C.	° C	SatO <sub>2</sub>	%	GCS	

Ora	Parametri vitali rilevati durante il trasferimento
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ora	Farmaci somministrati durante il trasferimento (specificare dosaggio e via somministrazione)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arrivo a destinazione: data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Medico della struttura accettante: \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Farmaci e presidi sanitari ripristinati:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il vano sanitario necessita di sanificazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Medico incaricato del trasporto

\_\_\_\_\_

Infermiere incaricato del trasporto

\_\_\_\_\_