



# MODULO DI RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO PROGRAMMATO AV 4

<b><u>RECAPITO TELEFONICO DEL PAZIENTE</u></b>
.....
<b><u>ORA DEL TRASPORTO</u></b>
.....

Si richiede per il/la sig./ra.....

nato/a il.....residente o domiciliato in.....

Via.....cod.fisc. ....

SINGOLO il giorno.....  Andata  Ritorno  Andata e Ritorno

CICLICO a partire dal giorno..... per numero .....trasporti

con percorso DA..... A.....

Prestazione ambulatoriale ( *precisare tipologia*).....

Ricovero programmato o Day Hospital presso.....

Dimissione (*precisare da quale struttura*).....

Trasferimento presso .....

**Relazione Medica:** patologia prevalente.....

Altre patologie significative .....

Il mezzo da utilizzare sarà: (*apporte delle crocette*)

<input type="checkbox"/> <b>AMBULANZA tipo A</b> (con assistenza medica) in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/> <b>AMBULANZA tipo B</b> (senza assistenza medica) in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/> in clinostatismo obbligato acuto /cronico
<input type="checkbox"/> necessitante di collegamento ad elettromedicali durante il trasporto
<input type="checkbox"/> affetto/a da grave ipotensione ortostatica

<input type="checkbox"/> <b>AUTOMEZZO PER DISABILI</b> in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> impossibilitato/a all'uso degli arti inferiori
<input type="checkbox"/> necessitante di assistenza continua durante la deambulazione
<input type="checkbox"/> affetto/a da obesità patologica grave

**Motivo che impedisce la scelta della struttura di competenza, quando non effettuata**

.....

(la struttura di competenza è "quella in grado di fornire la prestazione occorrente in tempi compatibili con il caso clinico, con le indicazioni regionali sui tempi di attesa e che comporta le minori spese per il trasporto)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

**NB: La compilazione non corretta del presente modulo in tutte le sue parti equivale all'annullamento dello stesso.**