

14/01



TRASFERIMENTO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO
PER RIENTRO OSPEDALE DI PROVENIENZA / RESIDENZA



P A Z I E N T E	COGNOME <u>DE ELMEIDA AZEVEDO</u> NOME <u>INES</u>																									
	NATO A <u>PORTUGALLO</u> IL <u>22/8/82</u>	CITTADINANZA <u>PORTOGHESE</u>																								
	RESIDENZA <u>USSONA</u>																									
PARTENZA		DESTINAZIONE																								
OSPEDALE <u>SGD</u>		OSPEDALE <u>S.M. NUOVA</u>																								
REPARTO <u>OSTETRICIA A</u>		REPARTO <u>PS</u>																								
MED. RICHIEDENTE <u>TISO</u>		MED. ACCETTANTE <u>SILVONEIN</u>																								
telefono <u>0932337</u>		telefono _____																								
DIAGNOSI																										
SINTESI CONDIZIONI CLINICHE																										
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Respiro spontaneo</td> <td><input type="checkbox"/> Linea venosa periferica n. _____ G _____</td> <td>GCS E: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____</td> <td><input type="checkbox"/> Linea venosa centrale _____</td> <td>V: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intubazione orotracheale</td> <td><input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico _____</td> <td>M: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intubazione nasotracheale</td> <td><input type="checkbox"/> Catetere vescicale _____</td> <td>tot _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trachestomia</td> <td><input type="checkbox"/> Collare cervicale _____</td> <td><input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Miosi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drenaggio toracico</td> <td><input type="checkbox"/> Tavola spinale _____</td> <td><input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Midriasi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ventilazione assistita</td> <td><input type="checkbox"/> Emodinamica stabile</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria dx>sn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica</td> <td><input type="checkbox"/> Emodinamica instabile</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria sn>dx</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Respiro spontaneo	<input type="checkbox"/> Linea venosa periferica n. _____ G _____	GCS E: _____	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____	<input type="checkbox"/> Linea venosa centrale _____	V: _____	<input type="checkbox"/> Intubazione orotracheale	<input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico _____	M: _____	<input type="checkbox"/> Intubazione nasotracheale	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale _____	tot _____	<input type="checkbox"/> Trachestomia	<input type="checkbox"/> Collare cervicale _____	<input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Miosi	<input type="checkbox"/> Drenaggio toracico	<input type="checkbox"/> Tavola spinale _____	<input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Midriasi	<input type="checkbox"/> Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Emodinamica stabile	<input type="checkbox"/> Anisocoria dx>sn	<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> Emodinamica instabile	<input type="checkbox"/> Anisocoria sn>dx
<input type="checkbox"/> Respiro spontaneo	<input type="checkbox"/> Linea venosa periferica n. _____ G _____	GCS E: _____																								
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____	<input type="checkbox"/> Linea venosa centrale _____	V: _____																								
<input type="checkbox"/> Intubazione orotracheale	<input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico _____	M: _____																								
<input type="checkbox"/> Intubazione nasotracheale	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale _____	tot _____																								
<input type="checkbox"/> Trachestomia	<input type="checkbox"/> Collare cervicale _____	<input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Miosi																								
<input type="checkbox"/> Drenaggio toracico	<input type="checkbox"/> Tavola spinale _____	<input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Midriasi																								
<input type="checkbox"/> Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/> Emodinamica stabile	<input type="checkbox"/> Anisocoria dx>sn																								
<input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> Emodinamica instabile	<input type="checkbox"/> Anisocoria sn>dx																								
F.R. _____ FIO ₂ _____ SpO ₂ _____ ETCO ₂ _____ pH _____ PaO ₂ _____ PaCO ₂ _____																										
F.C. _____ P.A. _____ PVC _____ Altro _____																										
LIVELLI DI ASSISTENZA DA GARANTIRE IN ITINERE: CLASSIFICAZIONE DI EHERENWERTH																										
<table border="0"> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> CLASSE I E II Il paziente: Non richiede o richiede di rado il monitoraggio dei par. vitali Può non avere bisogno di una linea venosa Non richiede la somministrazione continua di O₂ Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva </td> <td> <input type="checkbox"/> CLASSE III Il paziente: Richiede frequente controllo dei parametri vitali Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Può presentare lieve o modesto distress respiratorio Può presentare lieve compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Richiede la somministrazione continua di O₂ </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> CLASSE IV Il paziente: Richiede intubazione tracheale Richiede supporto ventilatorio Ha bisogno di due linee venose o di CVC Può presentare distress respiratorio grave Può presentare compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Può richiedere somm. farmaci salvavita E' trasferito in Rianimazione e Reparto Intensivo </td> <td> <input type="checkbox"/> CLASSE V Il paziente: Non può essere completamente stabilizzato Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo Richiede terapia salvavita durante il trasporto </td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> CLASSE I E II Il paziente: Non richiede o richiede di rado il monitoraggio dei par. vitali Può non avere bisogno di una linea venosa Non richiede la somministrazione continua di O ₂ Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/> CLASSE III Il paziente: Richiede frequente controllo dei parametri vitali Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Può presentare lieve o modesto distress respiratorio Può presentare lieve compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Richiede la somministrazione continua di O ₂	<input type="checkbox"/> CLASSE IV Il paziente: Richiede intubazione tracheale Richiede supporto ventilatorio Ha bisogno di due linee venose o di CVC Può presentare distress respiratorio grave Può presentare compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Può richiedere somm. farmaci salvavita E' trasferito in Rianimazione e Reparto Intensivo	<input type="checkbox"/> CLASSE V Il paziente: Non può essere completamente stabilizzato Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo Richiede terapia salvavita durante il trasporto																				
<input checked="" type="checkbox"/> CLASSE I E II Il paziente: Non richiede o richiede di rado il monitoraggio dei par. vitali Può non avere bisogno di una linea venosa Non richiede la somministrazione continua di O ₂ Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/> CLASSE III Il paziente: Richiede frequente controllo dei parametri vitali Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Può presentare lieve o modesto distress respiratorio Può presentare lieve compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Richiede la somministrazione continua di O ₂																									
<input type="checkbox"/> CLASSE IV Il paziente: Richiede intubazione tracheale Richiede supporto ventilatorio Ha bisogno di due linee venose o di CVC Può presentare distress respiratorio grave Può presentare compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Può richiedere somm. farmaci salvavita E' trasferito in Rianimazione e Reparto Intensivo	<input type="checkbox"/> CLASSE V Il paziente: Non può essere completamente stabilizzato Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo Richiede terapia salvavita durante il trasporto																									
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: _____																										
TERAPIA IN ATTO: _____																										
ALLERGIE NOTE: _____																										
EVENTUALE PATOLOGIA INFETTIVA IN ATTO O SOSPETTA: _____																										
ULTERIORI NOTIZIE UTILI: _____																										
TIMBRO E FIRMA MEDICO RICHIEDENTE <div style="text-align: right;"> AZIENDA SANITARIA 118 FIRENZE Dr. ENNIO TISO </div>																										

Trasmettere via fax alla Centrale Operativa 118 competente per presidio di destinazione

☐ ASL 1- 118 MASSA CARRARA - 0585 499002
☐ ASL 2- 118 LUCCA - 0583 970557
☐ ASL 3- 118 PISTOIA - 0573 23532
☐ ASL 4- 118 PRATO - 0574 434601

☐ ASL 5-118 PONTEDERA - 0587 292282
☐ ASL 6-118 LIVORNO - 0586 428145
☐ ASL 7-118 SIENA - 0577 536118
☐ ASL 8-118 AREZZO - 0575 254015

☐ ASL 9-118 GROSSETO - 0564 485445
☐ ASL 10-118 FIRENZE - 055 22767205
☐ ASL 11-118 EMPOLI - 0571 705635
☐ ASL 12- 118 VERSILIA - 0584 66394

SPANO

MODELLO B
TRASPORTO ORDINARIO

NOME ASSOCIAZIONE: CROCE ROSSA ITALIANA / COMITATO LOCALE Lungarno Soderini N. 11 50124 FIRENZE P.IVA 06418560485	
DATA 14/1/2018	N. COV MODICA 497
LUOGO DI INTERVENTO/CHIAMATA DEA SPIN	
LUOGO DI DESTINAZIONE VILLA MARIA TERESA	
DATI ANAGRAFICI DEL TRASPORTATO	
Cognome e nome PATTOCINI DANIELE	Residenza
Città	Prov.
Cod. fiscale	Cod. regionale
ASL n. 26/11/1945 FIRENZE	
TARGA MEZZO DI TRASPORTO CR1473AD	Km. partenza 76109 Km. rientro 76116
Totale Km. percorsi	
ORARIO INIZIO MISSIONE 16 50	SOSTA DI TIPO A <input type="checkbox"/> SOSTA DI TIPO B <input type="checkbox"/>
ORARIO FINE MISSIONE 17 40	ORARIO INIZIO SOSTA
	ORARIO FINE SOSTA
MODALITÀ <input checked="" type="checkbox"/> BARELLATO <input type="checkbox"/> NON BARELLATO	MEZZO DI TRASPORTO <input checked="" type="checkbox"/> AMBULANZA <input type="checkbox"/> MEZZO ATTREZZATO <input type="checkbox"/> AUTOVETTURA <input type="checkbox"/> PULMINO
TRASPORTATI OLTRE IL PRIMO	
COSTI SERVIZIO - da compilare solo se la Centrale non contabilizza	
FORFAIT (ENTRO 25 KM)	€
ECCEDENZA OLTRE IL 25 KM KM	€
TEMPO DI PERCORRENZA OLTRE LA PRIMA ORA TOTALE ORE MIN	€
TEMPO OLTRE LA PRIMA ORA DI SOSTA TOTALE ORE MIN	€
TRASPORTATI OLTRE IL PRIMO	€
TOTALE	€
Note :	
Luogo di intervento: Piano - Ascensore	
Luogo di destinazione: Piano - Ascensore	
Altri dati: Peso Kg. - Seduto - Cucchiaino - Telo	

Firma del trasportato per rifiuto trasporto/ricovero

AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA-ACCETTAZIONE - DIRETTORE DR. M. PRATESI
OSPEDALE S. M. NUOVA - Pz. Santa Maria Nuova FIRENZE - CAP 50122 - Tel. 055 69381

ALLA CENTRALE OPERATIVA 118 FIRENZE (FAX: 05522767206)

Sig. **MATTOLINI* DANIELE**

Residenza **VIA DEGLI ORTI ORICELLARI, 0014 - FIRENZE (FI)**

Nato il **26/11/1945** a **FIRENZE (FI)**

**RICHIESTA DI TRASPORTO per TRASFERIMENTO NON URGENTE PER
RICOVERO IN ALTRA STRUTTURA**

Destinazione:

Cdc "Vittoria Novara Terza" FIRENZE

Medico Accettante:

MD 9

Tel.:


IL MEDICO

Dott. Lisi Federico