REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

MODULO AUTORIZZAZIONE TRASPORTO SANITARIO PER DIMISSIONI E PER TRASFERIMENTI INTEROSPEDALIERI

DATI ANAGRAFICI

Cognome_____

Nome_____

Data di nascita __/__/_____

PROVENIENZA

Ospedale di_____Reparto_____tel._____

DESTINAZIONE

Ospedale di_____Reparto_____tel._____

A domicilio: Città_____Via_____n._____

Piano____□ con □ senza ascensore tel. Familiare_____

Il paziente è:
- ○ Barellato
- ○ Precauzioni da adottare (respiratorie, da contatto, rischio infettivo, altro) _____

Data___/__/_____ Timbro e firma _____

TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA U.L.SS. 8 BERICA

Certificazione del Direttore della U.O./Suo delegato:

Dichiaro che:
- il viaggio con i normali mezzi di trasporto è impossibile a causa delle particolari condizioni di salute del paziente/del particolare trattamento terapeutico cui il paziente è sottoposto.
- il viaggio viene richiesto con la seguente motivazione:
  - ○ Motivo diagnostico, terapeutico, di consulenza (il paziente necessita di cure presso Ospedali/Cliniche Specializzate);
  - ○ Trasferimento presso Ospedali/Cliniche Specializzate per prosecuzione cure o per competenza specialistica;
  - ○ Dimissioni del paziente a domicilio.
  - ○ Orario_____e data concordata __/__/_____

Data__/__/_____ Timbro e firma _____

Oggetto della richiesta:
- ○ Ambulanza con a bordo personale medico (previa consultazione con il medico della C.O. 118);
- ○ Ambulanza con a bordo personale infermieristico;
- ○ Ambulanza con a bordo operatore tecnico/volontario;

Tipi di trasporto:

- ○ Trasporto nella provincia di Vicenza (trasmettere la richiesta alla CCU Centrale Chiamate Urgenti presso il SUEM);
- ○ * Trasporto fuori dalla provincia di Vicenza (trasmettere la richiesta alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero DMO);
- ○ * Trasporto fuori Regione Veneto (trasmettere la richiesta alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero DMO allegando una breve relazione sui motivi della domanda);

Data___/__/_____

Medico Ospedaliero Richiedente
Firma

_____

*Direzione Medica Ospedaliera
Firma

_____

Modulo da inviare completo di tutte le firme alla seguente mail a: ctsp@aulss8.veneto.it