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

RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

(visite, accertamenti strumentali, terapie)

dati assistito:	
Cognome	Nome
Data di nascita	Residente a
Indirizzo	
Codice Fiscale	Telefono
Destinazione	
Struttura	Reparto
Prestazione	
Giorno della prestazione	Ora
☐ Solo Andata ☐ Andata e ritorno	
Altri elementi utili	
Piano dell'abitazione	Ascensore: ☐SI☐NO
Barriere architettoniche	Peso: Kg ☐ barellato
☐ Paziente tracheostomizzato	☐ Paziente in ossigenoterapia
Note di rilievo (es. ventilazione meccanica)	

A cura del medico curante

A. TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA

Io sottoscritto dott._____dichiaro che:

1. ☐il paziente è allettato o comunque non deambulante e non trasportabile con altro mezzo e inoltre che si trova in una delle seguenti condizioni:
   - 1.1. ☐la prestazione viene effettuata nei 30 giorni successivi a ricovero ospedaliero
   - 1.2. ☐trattasi di ciclo chemio o radio-terapico in paziente affetto da neoplasia
   - 1.3. ☐il paziente è degente in RSA convenzionata su posto letto autorizzato (solo per l'effettuazione di prestazioni che richiedono particolari dotazioni strumentali e che lo specialista ospedaliero è impossibilitato ad eseguire in loco)
   - 1.4. ☐il paziente è degente in RSA gestita direttamente dall'Azienda U.L.SS. (ex Ospedali Psichiatrici)
   - 1.5. ☐il paziente è degente presso Hospice e struttura per stati vegetativi permanenti e per mielolesioni
   - 1.6. ☐il paziente è degente presso Struttura Intermedia (URT, ODC). Richiesta trasporto da trasmettere via mail a ctsp@aulss8.veneto.it.

B. TRASPORTO A PARZIALE CARICO DELL'UTENTE (tariffa agevolata € 30,00 a viaggio - € 60,00 andata e ritorno – importo aggiuntivo per presenza medico € 50,00 fino a 35 km + € 0,50 per km aggiuntivo)

Io sottoscritto dott._____dichiaro che il paziente:

☐è allettato per inabilità al controllo posturale;

☐ paziente non allettato ma che presente inabilità al controllo posturale per concomitanti condizioni morbose gravemente invalidanti.

☐presenta invalidità accertata del 100% ed indennità di accompagnamento in condizione permanente di non deambulabilità.

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

A cura del medico curante

C. TRASPORTO A TOTALE CARICO DELL'UTENTE (tariffa piena € 50,00 a viaggio fino a 35 km + € 1,00 per km aggiuntivo – importo aggiuntivo per presenza medico € 50,00 fino a 35 km + € 0,50 per km aggiuntivo)Io sottoscritto dott.____dichiaro che il trasporto è motivato da:

☐Accesso a strutture extraospedaliere (es. Centri di Riabilitazione)

☐Visite medico-legali, udienze per nomina amministratore di sostegno/curatore/tutore, riconoscimento invalidità, visite INAIL, impianti ed ausili protesici (esclusi gli ausili per gli arti inferiori)

☐Prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa presso strutture accreditate e non

☐Cure termali

☐Visite specialistiche e prestazioni diagnostiche presso strutture accreditate/non accreditate per l'esecuzione di prestazioni non prenotate tramite il CUP o di prestazioni in regime di attività libero professionale con onere a carico dell'utente

☐Visite specialistiche e prestazioni diagnostiche presso strutture non accreditate

☐Difficoltà logistiche di natura non sanitaria o presenza di barriere architettoniche

☐Visite specialistiche e di controllo effettuate in regime libero professionale comprese le visite post ricovero in caso di intervento eseguito in regime di libera professione o successivo a visita libero professionale.

☐Paziente non trovato il giorno e all'ora dell'appuntamento fissato per il trasporto;

☐Paziente sprovvisto dell'aiuto dei familiari e per il quale è necessario l'invio di un secondo mezzo per avere la collaborazione dell'equipaggio del medesimo (il costo del viaggio del secondo mezzo è a totale carico dell'utente indipendentemente dai requisiti di cui ai precedenti punti 2.2.3 e 2.2.5 del regolamento).

☐Mancata disdetta almeno 4 gg lavorativi prima della data prevista per il trasporto indipendentemente dai requisiti di cui ai precedenti punti 2.2.3 e 2.2.5 del regolamento).

Data Timbro e firma del medico curante

_____ _____

DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI APPARTENENZA

A. TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA

Io sottoscritto dott._____Direttore (o delegato) del Distretto socio sanitario_____dichiaro che:

1. ☐il paziente è allettato o comunque non deambulante e non trasportabile con altro mezzo ed inoltre che si trova nella seguente condizione:
   - 1.1. ☐il paziente è in ADI (Assistenza domiciliare Integrata)
   - 1.2. ☐il paziente si trova in particolare condizione di disagio socio-economico

In caso di trasporto per prestazione ambulatoriale da eseguirsi in struttura diversa da quella di competenza territoriale, dichiaro che:

- 1.3. ☐la struttura di riferimento non è in grado di garantire la prestazione richiesta

Data Timbro e firma del Direttore di Distretto (o delegato)

_____ _____