

## TRASPORTO A PRESIDIO OSPEDALIERO

SI RICHIEDE

per il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

piano \_\_\_\_\_ Ascensore SI  NO

tel. \_\_\_\_\_ tel. di riferimento del care giver \_\_\_\_\_

ospite in un posto letto in convenzione RSA del presidio socio-sanitario \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ che necessita di prestazioni diagnostiche/specialistiche

seguito in Assistenza Domiciliare Integrata

assistito in posto letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) presso il Presidio  
di \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

P  
R  
O  
V  
E  
N  
I  
E  
N  
Z  
A

IL TRASPORTO

dal proprio domicilio/Nucleo di Continuità Assistenziale ospedaliero (CAVS) al Presidio Ospedaliero di

\_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Ambulatorio \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_

PER:

Prestazione diagnostica/specialistica \_\_\_\_\_

Ciclo di cura per terapia oncologica \_\_\_\_\_

Ricovero ospedaliero per \_\_\_\_\_

Nel giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (indicare l'orario in cui deve essere a destinazione)

Il trasporto deve avvenire:

Barella

Carrozzina.

Altre informazioni:

Paziente assistito con deambulazione autonoma

Paziente assistito con deambulazione assistita

Peso corporeo approssimativo kg \_\_\_\_\_

Ossigeno

Tracheo

Altro \_\_\_\_\_

**N.B. Scrivere in forma leggibile e completare il Modulo in ogni sua parte**

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del MMG/PLS o  
del Direttore Sanitario della RSA o  
del Direttore S.S.D. CAVS o suo delegato**

## AUTORIZZAZIONE

**N.B.:** Per gli ospiti in posto letto in convenzione RSA il trasporto è autorizzato a carico del S.S.N. esclusivamente se l'utente è inserito con integrazione tariffaria da parte dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali.

Si autorizza il trasporto con Associazione convenzionata con l'ASL CN1

Non si autorizza il trasporto richiesto per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Dirigente Medico del Distretto

Data \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il presente modulo serve per richiedere, per gli assistiti aventi titolo, secondo il regolamento dei trasporti aziendale, il trasporto a mezzo ambulanza a Presidio ospedaliero per eseguire prestazioni o esami diagnostici.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Il modulo deve essere compilato:

- dal M.M.G. o P.L.S.
- dal Direttore Sanitario della Struttura RSA
- dal Direttore S.S.D. CAVS o suo delegato

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo può essere:

- a) consegnato al Nucleo Distrettuale di Continuità Cure del Distretto competente
- b) spedito da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria agli indirizzi sotto riportati secondo la residenza dell'utente:  
[ndcc.nordovest@aslcn1.legalmailpa.it](mailto:ndcc.nordovest@aslcn1.legalmailpa.it)  
[ndcc.nordest@aslcn1.legalmailpa.it](mailto:ndcc.nordest@aslcn1.legalmailpa.it)  
[ndcc.sudovest@aslcn1.legalmailpa.it](mailto:ndcc.sudovest@aslcn1.legalmailpa.it)  
[ndcc.sudest@aslcn1.legalmailpa.it](mailto:ndcc.sudest@aslcn1.legalmailpa.it)

o solo per MMG/PLS/CAVS aziendali agli indirizzi di posta dei NDCC:

[servizioinfermieristico.cuneoborgosd@aslcn1.it](mailto:servizioinfermieristico.cuneoborgosd@aslcn1.it)  
[nucleodistrettualecc.ceva@aslcn1.it](mailto:nucleodistrettualecc.ceva@aslcn1.it)  
[nucleodistrettualecc.mondovi@aslcn1.it](mailto:nucleodistrettualecc.mondovi@aslcn1.it)  
[nucleodistrettualecc.saluzzo@aslcn1.it](mailto:nucleodistrettualecc.saluzzo@aslcn1.it)  
[nucleodistrettualecc.fossanosavigliano@aslcn1.it](mailto:nucleodistrettualecc.fossanosavigliano@aslcn1.it)

### **Avvertenze**

- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

Autorizzazione rilasciata dal Distretto di competenza.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

entro 10 gg. - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)

### **RIFERIMENTI / LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa</a>
------------------	---