

TRASPORTO DA PRESIDIO OSPEDALIERO

SI RICHIEDE:

per il Sig. _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in via _____ N. _____ piano _____
domicilio (se diverso da residenza) _____ in Via _____ n. _____
piano _____ Ascensore SI NO
tel. _____ tel. di riferimento del care giver _____
ricoverato presso la S.C. / REPARTO _____
del Presidio Ospedaliero di _____

IL TRASPORTO PER DIMISSIONE in regime di:

- continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS): Nucleo di _____
 dimissione protetta in ADI al proprio domicilio

NEL GIORNO _____ con partenza alle ore _____

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 _____

Timbro e firma del Medico Ospedaliero

Data _____

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

AUTORIZZAZIONE

- Si autorizza il trasporto in ambulanza con ente convenzionato con l'Azienda Sanitaria CN1
 Non si autorizza il trasporto richiesto per le seguenti motivazioni:

Data _____

Timbro e firma del Dirigente Medico del Distretto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per richiedere, per gli assistiti aventi titolo, secondo il regolamento dei trasporti aziendale, il trasporto a mezzo ambulanza o veicolo all'uopo equipaggiato da un presidio ospedaliero ad un nucleo di continuità assistenziale a valenza sanitaria o al domicilio del paziente ADI.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo deve essere compilato da un Medico ospedaliero del reparto/Nucleo di continuità assistenziale valenza sanitaria ospedaliero dal quale l'assistito viene dimesso.

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@aslc1.legalmailpa.it

ndcc.nordest@aslc1.legalmailpa.it

ndcc.sudovest@aslc1.legalmailpa.it

ndcc.sudest@aslc1.legalmailpa.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.aslc1.it

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/assistenza-integrativa
------------------	---