|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME OSPEDALE |  |  |  |  | REPARTO/SERVIZIO |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data |  |  |  |  |  |  |  | Cognome |  | Nome |  |  |  | Data nascita |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Medico referente |  |  |  | Diagnosi d’accettazione |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reparto |  |  |  | Motivo Trasporto |  |  |  |  |  | Destinazione |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Classe SIAARTI di trasporto\_\_ |
| Allegati |  | Esami ematici | SI | NO |  | Cartella Clinica | SI | NO |  |  | Altro |
|  | Esami strumentali | SI | NO |  | Relazione | Clinica | SI | NO |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Visite Specialisti | SI | NO |  | Verbale PS | SI | NO |  |  |  |  |  |  |
|  | TAC |  |  |  |  | ECOGRAFIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Valutazione Pre-Trasporto** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma\_\_\_\_\_ |  | RSTP =  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neurologico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Respiratorio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Circolatorio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Cateteri posizionati |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fratture |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Interventi effettuati |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Altro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Valutazione in Trasporto** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Ora** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | PAS/PAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | FC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | FR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SpO2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | FiO2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | GCS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PAINAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Resp.Spon. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Resp.Assist. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **FARMACI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **INFUSIONI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Valutazione all’arrivo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurologico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Respiratorio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Circolatorio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rientro con Paziente NO | SI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dati Ospedale Ricevente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reparto |  | Medico Accettante: dott. |  |  |  |  |  |  |  |  | Ora: |
| Equipè di Trasporto: |  | Medico dott. |  |  |  |  |  Infermiere |
| Ora Partenza: |  | Ora Arrivo: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | data |