|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |