

DA:

A:

CROCE DI SAN GIOVANNI
S.O.G.IT. I GIOVANNITI
OPERA DI SOCCORSO DELL'ORDINE DI S.GIOVANNI IN ITALIA
SEZIONE OVEST VICENTINO
36040 BRENDOLA (VI) – Via L.Negrelli, 26
C.f. 95081830242

RICHIESTA DI TRASPORTO **CON AMBULANZA** **CON DOBLO'**

DATI ANAGRAFICI DEL TRASPORTATO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Data di richiesta prenotazione _____

- DA STRUTTURA A OSPEDALE/CLINICA/ECC.
- DA DOMICILIO A STRUTTURA
- DA DOMICILIO A OSPEDALE/CLINICA/ECC.
- ALTRO _____

Trasporto con: Volontari Infermiere (motivare) _____

DESTINAZIONE

Domicilio: Città _____

Via/numero civico _____

Piano _____ con ascensore senza ascensore Numero di telefono _____

Casa di Riposo: _____ Ospedale: _____

Reparto: _____ Altro _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO

CONSULENZA SPECIALISTICA: _____

Giorno: _____ Orario: _____ Tempo stimato di esecuzione: _____

INDAGINE STRUMENTALE: _____

Giorno: _____ Orario: _____ Tempo stimato di esecuzione: _____

L'INDAGINE STRUMENTALE PREVEDE SEDAZIONE SI NO

IL PAZIENTE E' autosufficiente poltrona barellato Peso approssimativo Kg _____

- Ossigenoterapia SI NO se SI, dosaggio (lt/min.) _____
- Paziente portatore di catetere vescicale SI NO catetere peritoneale SI NO
- Precauzione da adottare da parte del personale: _____
- Particolari situazioni degne di rilievo (es. monitoraggio continuo parametri vitali, etc)

- Presente documentazione medica (es. rx precedenti) SI NO

Il richiedente (**Firma leggibile**) _____

DA COMPILARE SE PRESENTI PARTICOLARI PRECAUZIONI PER RISCHIO INFETTIVO (a cura del medico)

precauzioni RESPIRATORIE precauzioni DA CONTATTO

data _____ Firma del Medico _____

N.B.: allegare copia documento d'identità e tessera sanitaria