



N. fax al quale restituire la prescrizione.....

Si richiede per il/la sig./ra.....

nato/a il.....residente o domiciliato in.....

Via.....cod.fisc.....

TRASPORTO SANITARIO PROGRAMMATO PRIMARIO

SINGOLO il giorno..... Andata Ritorno Andata e Ritorno

CICLICO a partire dal giorno..... per numerotrasporti
con percorso DA..... A.....

Prestazione ambulatoriale (precisare presso quale struttura e la tipologia della prestazione).....

Ricovero programmato presso.....

Day-hospital presso.....

Dimissione (precisare da quale struttura).....

Relazione Medica: patologia prevalente.....

Altre patologie significative

Il mezzo da utilizzare sarà: (apporre delle crocette)

<input type="checkbox"/>	AMBULANZA tipo A (con assistenza medica) in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/>	AMBULANZA tipo B (senza assistenza medica) in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/>	in clinostatismo obbligato acuto /cronico
<input type="checkbox"/>	necessitante di collegamento ad elettromedicali durante il trasporto
<input type="checkbox"/>	affetto/a da grave ipotensione ortostatica

<input type="checkbox"/>	AUTOMEZZO PER DISABILI in quanto il/la paziente risulta:
<input type="checkbox"/>	impossibilitato/a all'uso degli arti inferiori
<input type="checkbox"/>	necessitante di assistenza continua durante la deambulazione
<input type="checkbox"/>	affetto/a da obesità patologica grave

Motivo che impedisce la scelta della struttura di competenza, quando non effettuata.....

(la struttura di competenza è "quella in grado di fornire la prestazione occorrente in tempi compatibili con il caso clinico, con le indicazioni regionali sui tempi di attesa e che comporta le minori spese per il trasporto)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Data.....

SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO AUTORIZZATORE.....