



REGIONE
MARCHE

MODULO RT Territorio

L.R. 36/98 smi; R.R. 3/13; DGR 301/17.

RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO

RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE ED ASSISTITI ASUR MARCHE

Numero Servizio

Riservato CCT

Il sottoscritto Dr. _____

cognome e nome

Codice fiscale

in qualità di MMG/PLS che ha in cura il/la Sig/ra _____

cognome e nome avente diritto al trasporto

nato/a a _____ il _____

g g m m a a a a

Codice fiscale

residente a _____ (Prov: _____) in Via _____ n° _____

**(domicilio sanitario :
solo se diverso dalla residenza**

città

via/località

n° civico

telefono di riferimento per comunicazioni inerenti il trasporto _____

Nome sul campanello

RICHIESTE PER IL MEDESIMO ASSISTITO IL TRASPORTO SANITARIO PROGRAMMATO

per: ricovero ordinario day hospital prestazione _____

(specificare tipo prestazione richiesta)

ciclo di terapia: tipologia _____

(specificare)

numero di sedute _____

(in lettere)

Dimissione *(solo da Struttura Sanitaria Territoriale di appartenenza medico prescrittore)

partenza da: Residenza Domicilio sanitario *Struttura Sanitaria Territoriale di appartenenza medico prescrittore

destinazione: **Struttura Sanitaria** pubblica, privata accreditata *Residenza *Domicilio sanitario

(specificare sempre)

Nome

Città

(Prov)

Via/Località

N° civico

da effettuarsi il giorno: _____ ; prelievamento oppure a destinazione alle ore: _____ ; _____ ; _____

se ciclico primo giorno trattamento

con viaggio di:

sola andata andata e ritorno

solo ritorno andata e ritorno più sosta

Se la struttura è diversa da quella di competenza, specificare la motivazione: _____

CERTIFICA CHE L'ASSISTITO, in base alle proprie condizioni cliniche, NON PUO' VIAGGIARE CON I COMUNI MEZZI DI TRASPORTO IN QUANTO (barrare almeno una delle condizioni sotto riportate):

Condizioni del trasportato

Formazione operatori

Mezzo

Tipo trasporto

Paziente in clinostatismo obbligato per inabilità al controllo del tronco anche in posizione seduta

Paziente in clinostatismo obbligato finalizzato alla prevenzione di lesioni non stabilizzate vertebre/bacino e femore

Paziente in ADI/Ospedalizzazione domiciliare/Hospice

Paziente con impossibilità permanente all'uso di entrambi arti inferiori, che non abbia usufruito di agevolazioni

Paziente con amputazione di arto inferiore non protesizzato

NECESSITA DI ASSISTENZA DA PARTE DI PERSONALE ADEGUATAMENTE FORMATO ai sensi DGR 1405/01; in quanto PRESENTA UN RISCHIO SUPERIORE ALLA NORMA, tale da richiedere durante il trasporto interventi di sostegno di base alle funzioni vitali o altra tipologia di assistenza correlata ai problemi clinici individuati.

AMBULANZA

TRASPORTO SANITARIO o PREVALENTEMENTE SANITARIO

NON NECESSITA DELL'ASSISTENZA IN ITINERE DA PARTE DI PERSONALE ADEGUATAMENTE FORMATO ai sensi DGR 1405/01; in quanto NON PRESENTA UN RISCHIO SUPERIORE ALLA NORMA, con personale di accompagnamento

**Autoveicolo per trasporto
Disabili dotato di sollevatore**

TRASPORTO SANITARIO SEMPLICE o NON PREVALENTEMENTE SANITARIO

Note: _____

Assistenza necessaria durante il viaggio e presidi particolari di assistenza e/o accorgimenti di protezione individuale: _____

Data: _____

Firma e Timbro Medico curante MMG/PLS

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO DI RESIDENZA o Suo Delegato

Prevista in caso di trasporti extraregione.

Il sottoscritto Dr. _____

cognome e nome

Codice fiscale

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

il trasporto ai sensi DGR 301/2017

Data: _____

Firma e Timbro Direttore Distretto o Suo Delegato

Spazio riservato medico CCT

APPROPRIATEZZA della RICHIESTA:

CONFORME

NON CONFORME

PROPOSTA VERIFICA

note: _____

Data: _____

Firma e Timbro CCT

a campione

su deviazione standard

su segnalazione