

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO DI PAZIENTE  
PRESSO ISMETT

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

(paziente/esercente la potestà sul minore/ tutore del paziente)

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal  
Dott. \_\_\_\_\_ che per la patologia riscontrata  
e per le condizioni cliniche correlate è opportuno il trasferimento presso l'ISMETT per  
effettuare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di quanto prospettato sono stati spiegati:

gli obiettivi

i benefici

gli eventuali rischi

ciò premesso acconsento  non acconsento  al trasferimento  
proposto

FIRMA LEGGIBILE DEL DEGENTE/ DELL'ESERCENTE POTESTÀ SUL MINORE/DEL TUTORE

\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE DEL DR.

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

**A chi di competenza:**  
**il presente modulo unitamente alla documentazione qui acclusa verrà inserito all'interno della cartella clinica del paziente tenuta in ISMETT.**  
**Per quanto sopra si invitano le SS.LL. alla corretta, completa e accurata compilazione del presente modulo**

--

TIMBRO STRUTTURA SANITARIA RICHIEDENTE

ALLA DIREZIONE SANITARIA ISMETT

FAX N. 0 91/219 2 244

**MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ISMETT DI PALERMO \***

<b>URGENZA</b>		ENTRO 24- 36 ORE
<b>ELEZIONE</b>		LA DATA DEL RICOVERO VERRÀ COMUNICATA DAL NS COORDINATORE

\*BARRARE CON UNA CROCETTA LA MODALITÀ DI TRASFERIMENTO PIÙ APPROPRIATA

<b>U,O. RICHIEDENTE</b>	
<b>MEDICO REFERENTE</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>FAX</b>	
<b>CELLULARE</b>	
<b>E-MAIL</b>	

**DATI DEL/LA PAZIENTE**

<b>NOME</b>	
<b>COGNOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>NAZIONALITÀ</b>	
<b>PESO</b>	
<b>ALTEZZA</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	

MOTIVAZIONE RICHIESTA DI TRASFERIMENTO	
DATI ANAMNESTICI	
BREVE SINTESI DECORSO IN OSPEDALE	
EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI E/O ALTRE PROCEDURE ESEGUITE	
TERAPIA IN CORSO	
MALATTIE INFETTIVE IN ATTO (DIAGNOSTICATE E/O SOSPETTE)	
ALLERGIE	

GLASGOW COMA SCALE	APERTURA DEGLI OCCHI	SPONTANEAMENTE	4
		AL RICHIAMO VERBALE	3
		ALLO STIMOLO DOLOROSO	2
	RISPOSTA VERBALE	OCCHI CHIUSI	1
		APPROPRIATA E COERENTE	5
		CONFUSA	4
		PRONUNCIA PAROLE INCOERENTI	3
		EMETTE SOLO LAMENTI	2
	RISPOSTA MOTORIA	NESSUNA RISPOSTA	1
		MOTILITÀ VOLONTARIA ED ESECUZIONE DI ORDINI SEMPLICI	6
		LOCALIZZA LO STIMOLO DOLOROSO E LO ALLONTANA	5
		RISPOSTA IN ALLONTANAMENTO ALLO STIMOLO DOLOROSO	4
		RISPOSTA IN FLESSIONE FINALISTICA	3
		RISPOSTA IN ESTENSIONE	2
		NESSUNA RISPOSTA	1
RISULTATI TEST DI LABORATORIO RILEVANTI (DATA)			
RISULTATI TEST DI IMAGING RILEVANTI (DATA)			
RISULTATI DI EVENTUALI ESAMI ISTOLOGICI (DATA)			

<b>INDAGINI ESEGUITE (SE SÌ, ALLEGARE COPIA DEL REFERTO COMPLETO)</b>	SI	NO	DATA
RX TORACE			
TAC CEREBRALE			
TAC ADDOME			
TAC TORACE			
RMN CEREBRALE			
RMN ADDOME			
ESOFAGOGASTROSCOPIA			
COLONSCOPIA			
ECOCARDIOGRAFIA			
CORONAROGRAFIA			
<b>ALTRE INDAGINI/TEST DI LABORATORIO RITENUTI RILEVANTI</b>			


INFORMAZIONI DA FORNIRE AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO (SEGNARE CON UNA CROCETTA)

<b>INFORMAZIONI SULLO STATO GENERALE DEL PAZIENTE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE		
VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA		
FARMACI VASOATTIVI		
TERAPIA DI SOSTITUZIONE RENALE CONTINUA (CRRT)		
DISPOSITIVO DI ASSISTENZA VENTRICOLARE (VAD)		
ECMO AV O VV		
LINEA CENTRALE POSIZIONATA		
SEDAZIONE		
COMA- GCS .....		
CONVULSIONI		
CIANOSI		
TAMPONAMENTO CARDIACO		
EMORRAGIA/OSTRUZIONE VIE AEREE		
EMORRAGIA DIGESTIVA		
INSUFFICIENZA EPATICA ACUTA		
EMORRAGIA VARICI ESOFAGEE		
SHOCK SETTICO		
ROTTURA VISCERALE INTRATORACICA		
ROTTURA VISCERALE ADDOMINALE		
ANEURISMA AORTICO DISSECANTE		
EMORRAGIA VASCOLARE CEREBRALE		
INFARTO DEL MIOCARDIO		
TACHICARDIA VENTRICOLARE		
ARITMIA CON INSTABILITÀ EMODINAMICA		
INSUFFICIENZA CARDIACA		

<b>PARAMETRI VITALI</b>	<b>VALORE</b>	<b>DATA</b>
PAO		
FC		
SODIO		
POTASSIO		
PAO2		
PH		
GLUCOSIO		
CALCIO		
CREATININA		
<b>FARMACI VASOATTIVI</b>	<b>DOSE</b>	
ADRENALINA		
NORADRENALINA		
DOPAMINA		
DOBUTAMINA		

	VALORE	DATA
PAO2		
PA CO2		
BE		
SAO2		
PH		
PT		
APTT		
INR		

---

TRASFERIMENTO CONCORDATO CON IL SANITARIO ISMETT

DR \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

DATA

-----

-----

AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA DI APPARTENENZA

-----

-----

SPAZIO RISERVATO AD ISMETT

PRIORITARIO RISPETTO ALLA LISTA D'ATTESA INTERNA SI  NO

FIRMA DEL SANITARIO ISMETT

-----

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE SANITARIA ISMETT

DATA

-----

-----