

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 *

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

*BARRARE CON UNA CROCETTA LA MODALITÀ DI TRASFERIMENTO PIÙ APPROPRIATA

U,O. RICHIEDENTE	
MEDICO REFERENTE	
TELEFONO	
FAX	
CELLULARE	
E-MAIL	

DATI DEL/LA PAZIENTE

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
NAZIONALITÀ	
PESO	
ALTEZZA	
COMUNE DI RESIDENZA	

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)			

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

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

<i>INFORMAZIONI SULLO STATO GENERALE DEL PAZIENTE</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
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		
DIAGNOSI CERTA O SOSPETTA DI MALATTIA TRASMISSIBILE *		
*SE SI SPECIFICARE QUALE:.....		
- FEBBRE > 38		
- TOSSE, RINORREA O ALTRI SINTOMI SIMIL INFLUENZALI		
- MALATTIA A TRASMISSIONE AEREA		
- MALATTIA A TRASMISSIONE ORO FECALE		
- SEGNI DI MALATTIE ESANTEMATICHE (ES. MORBILLO, ROSOLIA, PAROTITE, VARICELLA, SCARLATTINA)		
- DERMATOFITOSI (TIGNA), PEDICULOSI, SCABBIA		

<i>PARAMETRI VITALI</i>	<i>VALORE</i>	<i>DATA</i>
PAO		
FC		
SODIO		
POTASSIO		
PAO2		
PH		
GLUCOSIO		
CALCIO		
CREATININA		

<i>FARMACI VASOATTIVI</i>	<i>DOSE</i>	
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
