



MOD. 1

TRASPORTO PAZIENTI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA AUSL DI BOLOGNA IN ASSISTENZA
DOMICILIARE

da inviare alla COT di appartenenza

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa

☐ Infermiere (per pazienti in ADI) ☐ MMG (per pazienti in ADI) ☐ Medico A.N.T./Cure Palliative

RICHIEDE

per il /la paziente Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

Il ____/____/____ Residente in _____

Il trasporto per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____,

Da: _____

A: _____

☐ e ritorno, per eseguire la seguente prestazione: _____

il/la paziente è da trasportare: ☐ in barella ☐ con sedia personale - (trasporto navetta con pedana)

☐ per le sue condizioni cliniche ha una presa in carico sanitaria continuativa come di seguito specificato:

Contesto ambientale	Piano abitazione: ☐ Presenza ascensore / montascale: sì ☐ no ☐ Peso del paziente: _____
	Presenza di barriere architettoniche (scale, rampe, etc.): _____
	presenza di caregiver (recapito): _____

Contesto Sanitario	Controindicazioni alla postura seduto dal domicilio al mezzo	si	☐	no	☐
	Parzialmente dipendente	si	☐	no	☐
	Totalmente dipendente	si	☐	no	☐
	Necessità di accompagnamento Infermieristico	si	☐	no	☐
	Paziente affetto da obesità o presenza di sistemi di fissazione o di immobilizzazione	si	☐	no	☐
	Paziente in terapia con O2	si	☐	no	☐
	Stroller personale	si	☐	no	☐
	Paziente in isolamento aereo	si	☐	no	☐
	Paziente in isolamento da contatto	si	☐	no	☐

*L'Azienda si riserva di effettuare verifiche ex-post sulla sussistenza dei criteri dichiarati. Qualora, a seguito dei controlli, emerga la non

Data,

____/____/____