

DATA _____ / _____ / _____

Al Medico della C.O. 118 AREUS
e-mail C.O. 118 Cagliari: co118cagliari@areus.sardegna.it
e-mail C.O. 118 Sassari: co118sassari@areus.sardegna.it

PARTENZA

Ospedale _____
Reparto _____
Med. Richied. _____
Tel. _____

DESTINAZIONE

Ospedale _____
Reparto _____
Med. Accet. _____
Tel. _____

PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residenza _____ Diagnosi _____

CONDIZIONI CLINICHE

Paziente Infettivo SI NO
Respiro Spontaneo SI NO
O2 Terapia L/min _____
IOT SI NO
NIPPV SI NO
Ventilazione Meccanica SI NO

Linea Vena Periferica n G

Linea Vena Centrale SI NO

Allergie SI NO

Terapia _____

PA _____ / _____ FC _____ sPO2 _____ FiO2 _____

TRASPORTO RICHIESTO

- Secondario Urgente Tempo-Dipendente
- Secondario Urgente Paziente Critico instabile
- Secondario Urgente Paziente Stabile con alto rischio evolutivo
- Secondario NON URGENTE *

*** Si dichiara che il paziente non è trasportabile con altri mezzi**
FIRMA del Medico dichiarante

TIMBRO e FIRMA del Medico Richiedente