

ASL BT - SCHEDA DI TRASPORTO

PRESIDIO OSPEDALIERO		UNITA' OPERATIVA				 <small>BARLETTA-ANDRIA-TRANI</small>	
Data	Cognome	Nome			Data di nascita		
Medico referente		Diagnosi d'accettazione					
Motivo trasporto		Destinazione					
Classe SIAARTI di trasporto:							
Allegati	Esami ematici	SI	NO	Cartella Clinica	SI	NO	Altro
	Esami strumentali	SI	NO	Relazione Clinica	SI	NO	
	Visite specialistiche	SI	NO	Verbale PS	SI	NO	
	TAC			Ecografie			
VALUTAZIONE PRE-TRASPORTO							
Firma	Neurologico						
	Respiratorio						
	Circolatorio						
	Cateteri posizionati						
	Fratture						
	Interventi effettuati						
Altro							
VALUTAZIONE IN TRASPORTO							
Firma	Ora						
	PAS/PAD						
	FC						
	FR						
	SpO2						
	FiO2						
	GCS						
	PAINAD						
	Respiro Spontaneo						
	Respiro Assistito						
	FARMACI						
	INFUSIONI						
VALUTAZIONE ALL'ARRIVO							
Neurologico							
Respiratorio							
Circolatorio							
Rientro con paziente	SI	NO					
Dati Ospedale Ricevente							
U.O.	Medico Accettante:			Ora:			
Equipe di Trasporto	Medico:			Infermiere:			
Ora Partenza:	Ora Arrivo:			Data			