



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

PROCEDURA TRASPORTO SECONDARIO

Rev. 01/RM Del 16/09/2020	Approvata da: Comitato Rischio Clinico	Verificato da: Direttore Sanitario Aziendale Dott. Raffaele Elia	Autorizzato alla diffusione da: Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò
Pag. 1 di 15			



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Indice

Premessa

1. Scopo
2. Obiettivi
3. Responsabilità ed azioni
4. Risorse Umane
5. Classe di rischio (secondo Eherenwerth)
6. Trasferimento secondario: indicazioni operative
7. Invio del paziente
8. Consenso informato
9. Attivazione del trasporto
10. Allertamento eliambulanza per trasporto secondario
11. Procedura per il trasporto aereo di stato per ragioni sanitarie di urgenza
12. Rispetto delle normative di sicurezza
13. Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del regolamento
14. Raccolta dati
15. Archiviazione
16. Applicazione



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Premessa

La seguente procedura aziendale dell'ASP 7 di Ragusa serve a garantire al paziente che deve necessariamente essere trasferito, da un presidio ospedaliero aziendale ad altro presidio aziendale o a presidi ospedalieri di altre aziende regionali, nazionali e internazionali, il mantenimento degli standard di cura e assistenza erogati nel reparto di provenienza per tutto il tragitto che deve compiere sia all'interno dell'ospedale che a bordo dell'ambulanza, eliambulanza e aereo fino alla destinazione finale.

La presente procedura si applica in tutte le U.U.O.O dell'azienda nel momento in cui si renda necessario il trasferimento/trasporto di un paziente per eseguire ricovero, diagnostica, consulenza o terapia, all'esterno dell'ospedale.

L'analisi della situazione esistente ha palesato la necessità di revisionare ed aggiornare le procedure, al fine di implementare un processo di "*Total Quality Management*" in relazione al binomio efficacia/efficienza, uniformando a livello aziendale, coerentemente alle indicazioni ed agli Standard ACC 4-4.2-5 della *Joint Commission International*, la procedura di trasferimento secondario.

Questa procedura tiene conto della normativa regionale in materia e delle dettagliate regolamentazioni dei trasporti secondari urgenti inter-ospedalieri esistenti nei vari presidi ospedalieri dell'ASP 7 di RG, che hanno certamente contribuito a migliorare i tempi e l'assistenza erogata, ridotto le difformità di attivazione, contenuto i conflitti di competenza e le difficoltà di reperimento delle risorse necessarie.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

1 . Scopo

- Definire le modalità del passaggio di responsabilità per la prosecuzione delle cure ad un'altra struttura assistenziale, individuando il professionista sanitario di riferimento.
- Indicare le situazioni in cui non è possibile effettuare il trasferimento.
- trasferire i pazienti in maniera appropriata presso altre organizzazioni.
- Garantire la continuità delle cure, attraverso la comunicazione standardizzata dei dati clinici dei pazienti trasferiti, includendo le condizioni cliniche del paziente, le procedure e gli altri interventi eseguiti e i bisogni di assistenza continuativa del paziente.
- Pianificare il processo di trasferimento del paziente ricoverato, allo scopo di soddisfare le necessità del paziente durante il trasporto.

2. Obiettivi

Obiettivo generale del regolamento è di normare coerentemente alle indicazioni della JCI il trasporto secondario al fine di:

- Assicurare il “ trasporto protetto “ ai pazienti le cui condizioni lo richiedano;
- Identificare le risorse infermieristiche e mediche deputate al trasporto, adeguate all'intensità di assistenza richiesta;
- Attivare un sistema di trasporti tempestivi;
- Ottimizzare il trasferimento secondario dei pazienti ricoverati nei Reparti di degenza o da Pronto Soccorso;
- Ottimizzare i tempi di erogazione di accertamenti/consulenze o ricoveri quando necessari per il loro espletamento un trasporto secondario.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

3. Responsabilità ed azioni

FIGURA CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ →	Comitato Rischio Clinico	Direttore Dipartimento Emergenza	Direzione Sanitaria Aziendale	Direttori U.U.O.O	Coordinatori Infermieristici U.U.O.O	Infermieri U.U.O.O* (*progetto e programmato urgente)
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ↓						
Stesura procedura	®	©	©	©		
Approvazione	®	©	©			
Diffusione	©	©	®	©	©	□□
Applicazione	©	®	©	®	®	®
Valutazione	®	©	©	©	©	©

© Coinvolto ® Responsabile □ Informato



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

4. Risorse umane: Secondo tabelle di disponibilità di ciascun Presidio Ospedaliero

5. Classi di rischio (secondo Eherenwerth)

Trasporto a carico dell'infermiere

I pazienti della **CLASSE I e II** richiedono la presenza di un infermiere, nelle modalità e negli orari esposti nel paragrafo "*Risorse Umane*".

Trasporto a carico del medico o del rianimatore

I pazienti della **CLASSE III** richiedono la presenza di un medico, che sarà il medico in servizio nel reparto di appartenenza. In tutti i casi sarà necessaria la presenza di un infermiere, disponibile nelle modalità esposte nella paragrafo "*Risorse Umane*". I pazienti della **CLASSE IV e V** saranno accompagnati dal medico rianimatore e da un infermiere della U.O. di Anestesia e Rianimazione.

Classe I e II:

Il paziente :

- Richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali
- Non ha bisogno di una linea venosa
- Non richiede somministrazione di ossigeno
- Non viene trasferito in Terapia Intensiva.

E' richiesta la presenza di un infermiere

Classe III:

Il paziente:

- Richiede il frequente monitoraggio dei segni vitali
- Ha bisogno di una linea venosa
- Non è necessario un monitoraggio invasivo
- Può essere presente compromissione dello stato di coscienza



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Può essere presente lieve o modesto distress respiratorio
- Richiede la somministrazione di ossigeno
- E' ammesso in Terapia Intensiva
- Ha un punteggio nella Scala di Glasgow maggiore di 9.

E' richiesta la presenza del medico durante il trasporto.

Classe IV :

Il paziente :

- Richiede intubazione tracheale;
- Richiede supporto ventilatorio;
- Ha bisogno di una o due linee venose o di catetere venoso centrale;
- Può essere presente compromissione dello stato di coscienza;
- Può essere presente distress respiratorio;
- Richiede la somministrazione di ossigeno;
- Richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto;
- E' ammesso in Terapia Intensiva;
- Ha un punteggio nella Scala di Glasgow inferiore a 9 .

E' richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore e dell'infermiere di rianimazione durante il trasporto.

Classe V :

Il paziente :

- Non può essere stabilizzato
- Richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Richiede terapia durante il trasporto

E' richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore e dell'infermiere di rianimazione durante il trasporto.

6. Trasferimento secondario: indicazioni operative

- La richiesta del trasferimento programmato è formulata dall'U.O. richiedente e viene trasmessa alla direzione Medica di Presidio (allegato n°1).
- La gestione del trasferimento in urgenza è affidata all' U.O. richiedente.
- L'accompagnamento programmato o in urgenza dei pazienti è predisposto dalla U.O. di competenza la quale provvede con proprie risorse mediche e infermieristiche.
- Il medico che ha in carico il paziente da trasferire, definisce la classe di appartenenza dello stesso.
- Qualora il medico che dovrà accompagnare il paziente nel trasferimento non coincida con quello che ha in carico il paziente, l'assistenza durante il trasporto verrà garantita dal medico competente per patologia o patologia affine.
- La richiesta di ambulanza, deve essere formulata dal Medico dell'U.O. richiedente alla Direzione Sanitaria Medica di presidio, su apposito modulo di richiesta (allegato n°1) ore 8.00-14.00.
- Il pronto soccorso provvede alle richieste di ambulanza per trasferimenti urgenti nelle ore pomeridiane, notturne e festive.
- In presenza di più richieste verrà utilizzata proceduralmente l'ambulanza dell'Ospedale più vicino.
- Hanno sempre priorità i trasferimenti di pazienti che necessitano del medico (o equipe medica) a bordo.
- L'attivazione delle figure professionali mediche per il trasporto è a carico del



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

medico richiedente.

Nel modulo di richiesta devono essere evidenti i seguenti dati:

- urgente o programmato (Direzione Sanitaria o Direttore P.S.);
- medico che dispone il trasferimento;
- generalità complete del paziente (Cognome, Nome, Età, c.c.);
- condizioni del paziente (deambulante, sedia, barellato);
- data, ora e destinazione del trasferimento;
- classificazione di Ehrenwerth (paragrafo 5);
- autorizzazione (Direzione Sanitaria o Direttore P.S.);
- operatori sanitari o ausiliari dedicati al trasferimento

7. Invio del paziente

Preparazione del paziente

Il paziente deve essere adeguatamente preparato per il trasporto; la preparazione e i presidi da applicare devono rispondere coerentemente al quadro clinico, alle classi di rischio sopraesposte, al tempo di trasporto ed ai protocolli e procedure in uso (es. percorso IMA-ICTUS). La responsabilità di questo processo è dell'infermiere della U.O. che ha in carico il paziente.

Documentazione clinica

La documentazione clinica (TAC, RMN, quadro clinico, esami ematochimici) del paziente deve essere completa e seguire il paziente stesso, fatta eccezione per eventuali accertamenti in corso dei quali sia possibile il successivo invio/comunicazione: fotocopia della documentazione clinica e diagnostico strumentale eseguita in possesso del reparto inviante, preferibilmente ove possibile in formato telematico.

Il medico e l'infermiere che accompagnano il paziente sono tenuti alla compilazione della scheda di accompagnamento in duplice copia (vedi allegato 2 e 3), di cui 1



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

copia, parte integrante della documentazione clinica, deve seguire il paziente. La seconda copia deve ritornare alla struttura di provenienza del paziente ed essere inserita nella cartella clinica dello stesso.

8. Consenso informato

Il paziente deve essere informato della necessità di effettuare il trasferimento presso altra sede; si rimanda alle previste procedure in uso presso ogni Reparto.

9. Attivazione del trasporto

L'attivazione del trasporto deve avvenire dopo che siano stati presi precisi accordi tra medico inviante e medico ricevente ed a iter diagnostico terapeutico concluso, per la parte di competenza. Nella documentazione clinica e nell'allegato 2 e 3 deve essere chiaramente evidente il nominativo del medico accettante e la struttura accettante (ospedale e reparto).

L'attivazione del personale deputato all'accompagnamento del paziente deve essere finalizzato al contenimento dei tempi e non deve ritardare in nessun modo il trasferimento.

Il medico (Ehrenwerth III-V) o l'infermiere (Ehrenwerth I-II) responsabile del trasporto, prima della partenza dall'ospedale, devono eseguire un preciso bilancio delle condizioni del paziente, trascrivendo il tutto sul diario clinico o nella cartella infermieristica, al fine di garantire una stabilizzazione il più possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori.

Durante il viaggio di trasferimento tutti i dati relativi al monitoraggio del paziente devono essere annotati sull'apposito modulo (allegato n° 2 o 3).

Un paziente instabile non deve mai essere trasferito.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai pazienti da trasferire in una Struttura Sanitaria di livello superiore a causa di una o più lesioni gravi o per quadri clinici particolarmente complessi, pertanto influenzeranno negativamente il processo di trasferimento:

- l'incompleta rianimazione



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- l'inadeguata stabilizzazione
- la carenza di trasmissione dei dati clinici

10. Allertamento eliambulanza per trasporto secondario

L'obiettivo del trasporto secondario consiste nel raggiungere la Struttura Sanitaria di destinazione con tempi di percorrenza contenuti e riduzione dei disagi per il paziente. Nel trasporto secondario con medico a bordo (Ehrenwerth III-IV-V) da una struttura sanitaria ad un'altra, l'utilizzo dell'eliambulanza (previa disponibilità e conferma della CO118) riduce notevolmente l'esposizione del paziente alle patologie "in itinere" dovute alle sollecitazioni meccaniche causate dal fondo stradale, ai problemi di viabilità ed al maggiore tempo necessario per raggiungere l'Ospedale di destinazione. Il trasporto secondario con eliambulanza dovrà essere richiesto direttamente dai medici di UU.OO., previa mediazione dell'anestesista-rianimatore, dei vari presidi ospedalieri chiamando il numero 118 (Centrale Operativa di Catania). Il medico richiedente (oltre a fare richiesta di ambulanza per l'accompagnamento del paziente sottobordo) compilerà ed invierà il modulo già in uso del 118 al Medico di Centrale dal quale riceverà la disponibilità dell'eliambulanza.

Istruzioni per l'arrivo dell'eliambulanza per trasporti secondari

L'ambulanza di regola trasporterà sottobordo il paziente presso l'elisuperficie di Comiso per i Presidi Ospedalieri "R. Margherita" di Comiso e "Guzzardi" di Vittoria (anche per trasferimenti notturni) presso l'elisuperficie di Ragusa per i Presidi Ospedalieri "Civile" e "OMPA" (solo per trasferimenti diurni) e presso l'elisuperficie di Modica per i Presidi "Maggiore" di Modica e "Busacca" di Scicli (anche per trasferimenti notturni) salvo diversa indicazione a procedere alla individuazione di un punto di atterraggio diverso.

Procedure a terra al momento dell'arrivo dell'eliambulanza e imbarco del paziente:

L'ambulanza con il paziente deve avvicinarsi all'elicottero soltanto dopo autorizzazione dell'equipaggio e l'autista deve fare in modo di rimanere sempre nel campo visivo del pilota. Sarà l'equipaggio dell'elicottero a dare le istruzioni per



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

l'imbarco del paziente (posizione della barella, sequenza del caricamento del paziente, delle attrezzature).

L'ambulanza che ha provveduto al trasporto del paziente sottobordo, rientrerà alla base solo a decollo avvenuto.

11.Procedure per il trasporto aereo di Stato per ragioni sanitarie di urgenza

Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21.09.2007(GU n.222 del 24.09.2007)

Il trasporto aereo di stato per ragioni sanitarie d'urgenza è disposto in ambito nazionale, dall'Italia all'estero, e viceversa in caso di:

- ammalato in imminente pericolo di vita o quando devono essere eseguiti interventi sanitari entro limiti di tempo determinati ed improrogabili come nel caso di trapianti di organi;

Presupposti per l'autorizzazione al trasporto ricorrendo i casi sopra elencati,sono:

- impossibilità nei Presidi dell'Azienda di prestare assistenza adeguata;
- impossibilità di utilizzare i mezzi ordinari;
- indispensabilità del trasporto aereo come condizione risolutiva di una condizione (pericolo di vita, perdita di organo).
- condizioni economiche del paziente e della famiglia che non consentono di provvedere al trasporto con mezzi aerei privati (dette condizioni saranno verificate dalla Prefettura)

Competenze

Il Direttore Responsabile o il Vicario della Unità Operativa ove è ricoverato il paziente, accertata la sussistenza dei presupposti di cui al punto precedente, formula richiesta al Direttore Sanitario del Presidio di competenza, allegando:

- Relazione medica (leggibile) da cui risultino le gravi condizioni del paziente e l'impossibilità di cura in loco.
- Dichiarazione medica di trasportabilità del paziente mediante mezzo aereo;



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Dichiarazione medica di non contagiosità del paziente;
- Dichiarazione medica che attesti che il paziente è barellato, che necessita di trasporto aereo speciale e che non può essere trasportato a mezzo vettore di linea o con altri mezzi ordinari;
- Dichiarazione medica che attesti la necessità di assistenza medica/paramedica durante il trasporto;
- Elenco delle attrezzature sanitarie (autoalimentate) occorrenti (per queste ultime deve essere indicato il tipo, le caratteristiche e le dimensioni per esempio bombole ossigeno, respiratori, defibrillatori, ecc.);
- Dichiarazione medica che attesti la necessità di imbarco del paziente sull'aereo di stato a bordo di ambulanza dotata di attrezzature rianimatorie, con l'indicazione della tipologia, targa, misure lunghezza, larghezza, peso;

Il Direttore di Presidio si attiva immediatamente, inoltrando richiesta alla Prefettura di Ragusa **corredata oltre che dalla documentazione di cui al punto precedente**, anche da:

- Indicazione dell'aeroporto di partenza e di arrivo;
- Indicazione della struttura sanitaria che curerà l'imbarco del paziente e di quella che provvederà alla ricezione dello stesso
- Indicazione del personale medico e paramedico per assistere il paziente durante il trasporto nonché le attrezzature sanitarie necessarie;
- Dichiarazione del paziente o dei familiari attestante l'esonero di responsabilità nei confronti dell'Azienda nonché per eventuali conseguenze derivanti dal trasporto;
- Indicazione della targa dell'automezzo che accompagnerà il paziente in aeroporto.

Inoltre è di competenza del Direttore Sanitario di Presidio:



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- curare il trasporto fino all'aeroporto di partenza ed assicurarsi che l'ospedale ricevente abbia predisposto a sua volta il prelevamento del paziente all'aeroporto d'arrivo;
- autorizzare il personale sanitario ad accompagnare a destinazione il paziente, informandolo dell'eventualità di dover procedere al rientro in sede con aereo civile, laddove l'aereo militare debba essere impiegato per altre più gravi o sopraggiunte emergenze.

Allegato n°4

Scheda richiesta di trasporto sanitario urgente alla Prefettura

12. Rispetto delle normative di sicurezza

Tutto il personale operante sulle ambulanze è tenuto al rispetto delle norme previste nel codice della strada (es. utilizzo della cinture di sicurezza e dei giubbotti ad alta visibilità, rispetto dei limiti di velocità, della segnaletica stradale) per quanto non espressamente citato si rimanda alle norme vigenti del codice della strada.

Analogamente al rispetto della normativa sulla sicurezza, con particolare attenzione all'utilizzo dei DPI.

13. Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del regolamento

Indicatori

La valutazione dell'efficacia del presente regolamento dovrà tenere conto dei seguenti elementi ed indicatori:

- Totale trasferimenti
- Totale trasferimenti a progetto
- Totale trasferimenti medicalizzati/totale trasferimenti
- Totale trasferimenti infermieri/totale trasferimenti
- Orario di trasferimento/ totale trasferimenti a progetto



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

- Orario trasferimento/mese-totale
- U.O. trasferimenti/totale trasferimenti.

Strumenti

Si ritengono strumenti utili alla rilevazione:

- statistica annuale
- scheda di rilevazione problematiche

Il riesame della presente procedura è a cadenza biennale

14. Raccolta dati

La raccolta dati in merito all'effettuazione dei trasporti e all'applicazione del presente regolamento avviene a cura dei Coordinatori Infermieristici delle U.U.O.O. e degli autisti, che provvederanno a cadenza settimanale, alla trasmissione in Direzione Sanitaria, al fine di procedere alla loro elaborazione.

I risultati, saranno utilizzati al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza degli indicatori analizzati nel paragrafo 12.

15. Archiviazione

La statistica di attività viene prodotta ed archiviata dalla Direzione Sanitaria di Presidio, che provvederà ad inviare i report al Direttore del Dipartimento di Emergenza per le opportune valutazioni ed all'Ufficio Qualità e Rischio Clinico della Direzione Generale, per l'inserimento degli indicatori relativi all'area del trasporto.

16. Applicazione

Il presente regolamento si applica a tutti i Presidi Ospedalieri della ASP 7 di Ragusa, fatte salve situazioni contingenti particolari per le quali si rinvia ad eventuali accordi interni del Presidio.



OSPEDALE _____

U.O. di _____

Oggetto: Richiesta ambulanza

_____/_____/____

- ALLA DIREZIONE SANITARIA (programmato)
 AL DIRETTORE U.O. (urgente)

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ richiede l'autorizzazione
per il trasporto in ambulanza del paziente _____

nato il ____/____/____ ricoverato il ____/____/____ cart. n° _____ per eseguire

esame di _____ essere trasferito _____

presso ospedale _____ di _____ il giorno ____/____/____ alle ore _____

Il paziente è deambulante con sedia barellato

Classificazione: I II [non richiesta presenza medica, ma di un infermiere]

III [richiesta presenza di un medico di U.O. e infermiere]

IV V [richiesta presenza di Anestesista Rianimatore e infermiere]

Distinti saluti

Il Direttore UU.OO.

Si autorizza
IL DIRETTORE SANITARIO e/o DIRETTORE U.O.

L'equipe ambulanza è composta da:

Nominativi	Firma
Autista:	
Infermiere:	
Medico:	
Ausiliario:	

Partenza Ore _____ Rientro Ore _____ Firma Autista _____

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE 7 RAGUSA
RICHIESTA E VALUTAZIONE ASSISTENZA RIANIMATORIA TRASPORTO**

Allegato 2
(in duplice copia)

Paziente Cognome/Nome		nato il		a																																																																							
Ricoverato presso U.O.:			Trasferire presso:																																																																								
Medico Destinazione: nome e cognome				Telefono:																																																																							
PATOLOGIA:																																																																											
MEDICO U.O.: esteso e firma				DATA:																																																																							
ORA:																																																																											
<i>Valutazione a cura del Rianimatore</i>																																																																											
SITUAZIONE CLINICA - OBIETTIVITA' NEUROLOGICA			TRAUMA SCORE																																																																								
Legenda SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pz. sveglio <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pz. soporoso <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pz. in coma <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Aspirazione <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Intubazione <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ventilazione Artif. <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Collare Cervicale <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tavola Spinale <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sedazione <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Infusione Centrale		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Babisky <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pupille Isocoriche <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pupille Anisocoriche <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Riflesso alla luce <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolore in flessione <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Dolore in estensione <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Rischio infettivo		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4">Apertura Occhi</td> <td>Spontanea</td> <td>4</td> <td rowspan="4">Frequenza Respirato</td> <td>36/min. o più</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Alla voce</td> <td>3</td> <td>25-35/min</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Al Dolore</td> <td>2</td> <td>10-24/min</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nessuna</td> <td>1</td> <td>1-9/min</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Risposta Verbale</td> <td>Orientata</td> <td>5</td> <td rowspan="4">Espansione Torace</td> <td>Nulla</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Confusa</td> <td>4</td> <td>Normale</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Par. inappr</td> <td>3</td> <td>Ridotta</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Suoni incomp</td> <td>2</td> <td>Tempo Riempim capillare</td> <td>Normale</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Risposta Motoria</td> <td>Nessuna</td> <td>1</td> <td rowspan="4">Pressione Sistolica</td> <td>Ridotto</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ubb comando</td> <td>6</td> <td>Nulla</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Localizza dolore</td> <td>5</td> <td>> 90 mm Hg</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Si Retrae</td> <td>4</td> <td>70-80 mm Hg</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Flette</td> <td>3</td> <td>50 69 mm Hg</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Estende</td> <td>2</td> <td>< 50 mm Hg</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nessuna</td> <td>1</td> <td>Nessuna</td> <td>0</td> </tr> </table>		Apertura Occhi	Spontanea	4	Frequenza Respirato	36/min. o più	2	Alla voce	3	25-35/min	3	Al Dolore	2	10-24/min	4	Nessuna	1	1-9/min	1	Risposta Verbale	Orientata	5	Espansione Torace	Nulla	0	Confusa	4	Normale	1	Par. inappr	3	Ridotta	0	Suoni incomp	2	Tempo Riempim capillare	Normale	2	Risposta Motoria	Nessuna	1	Pressione Sistolica	Ridotto	1	Ubb comando	6	Nulla	0	Localizza dolore	5	> 90 mm Hg	4	Si Retrae	4	70-80 mm Hg	3		Flette	3	50 69 mm Hg	2		Estende	2	< 50 mm Hg	1		Nessuna	1	Nessuna	0
Apertura Occhi	Spontanea	4	Frequenza Respirato	36/min. o più	2																																																																						
	Alla voce	3		25-35/min	3																																																																						
	Al Dolore	2		10-24/min	4																																																																						
	Nessuna	1		1-9/min	1																																																																						
Risposta Verbale	Orientata	5	Espansione Torace	Nulla	0																																																																						
	Confusa	4		Normale	1																																																																						
	Par. inappr	3		Ridotta	0																																																																						
	Suoni incomp	2		Tempo Riempim capillare	Normale	2																																																																					
Risposta Motoria	Nessuna	1	Pressione Sistolica	Ridotto	1																																																																						
	Ubb comando	6		Nulla	0																																																																						
	Localizza dolore	5		> 90 mm Hg	4																																																																						
	Si Retrae	4		70-80 mm Hg	3																																																																						
	Flette	3	50 69 mm Hg	2																																																																							
	Estende	2	< 50 mm Hg	1																																																																							
	Nessuna	1	Nessuna	0																																																																							
Deficit motori: _____ Deficit sensitivi: _____ Altro: _____			VALORE TOTALE																																																																								
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO PA _____ Fr _____ Ritmico SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Fr. Resp. _____ a/m Stress respiratorio SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> _____ Stato del circolo periferico _____																																																																											
EGA(fio2 _____) ph _____ pO2 _____ PCO2 _____ BE _____		Diuresi _____		ECG _____																																																																							
NECESSITA' ASSISTENZA RIANIMATORIA				Valutazione: _____																																																																							
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> esteso e firma				_____																																																																							

scheda di trasferimento rianimatoria in ambulanza

ORA														
Parametri Clinici	220													
	200													
	✓ P.A.	180												
	Sistolica	160												
	^ P.A.	140												
	Diastolica	120												
	• F.C.	100												
		80												
	60													
	40													
SpO2														
COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA				SI	NO	ORA ARRIVO								
MEDICO CHE ACCETTA IL PAZIENTE				<i>firma</i>										

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE 7 RAGUSA
 SCHEDA MEDICA - TRASPORTO PROTETTO**

**Allegato n°3
 (in duplice copia)**

<i>Paziente</i> Cognome/Nome		nato il:	a:
Data:	Ora inizio trasporto:	Destinazione:	
<i>Medico U.O. destinazione:</i>		<i>Telefono:</i>	
PATOLOGIA:			
MEDICO: <i>esteso e firma</i>		INFERMIERE: <i>esteso e firma</i>	
<i>Legenda: SI</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i> <input type="checkbox"/>			
Paziente a rischio infettivo: alto <input checked="" type="checkbox"/> basso <input checked="" type="checkbox"/>			
INFORMAZIONI CLINICHE			
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Collare Cervicale _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tavola Spinale _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coperta Termica _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S.N.G. _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Catetere Vescicale _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infusione Periferica _____		RELAZIONE	
PROCEDURE ED INTERVENTI ESEGUITI NELL'U.O. INVIANTE			
ESAMI STRUMENTALI ALLEGATI			
FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DEL TRASPORTO			
FIRMA DELL'INFERMIERE RESPONSABILE DEL TRASPORTO			

ora	PA	FC	SpO2	DIARIO CLINICO E PRESTAZIONI DURANTE IL TRASPORTO
COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA				SI NO ORA ARRIVO
MEDICO E INFERMIERE CHE ACCETTANO IL PAZIENTE				<i>esteso e firme</i>



RICHIESTA DI TRASPORTO SANITARIO URGENTE

(a cura del Direttore Sanitario del Presidio)

FAX URGENTE numero

ALLA PREFETTURA DI RAGUSA

Il sottoscritto Dott. _____

Vista l'istanza del Dott. _____ dell'U.O. di _____

Chiede il trasporto sanitario urgente dalla città di: _____

Alla città di: _____

Del paziente Signor/a _____

Affetto da (diagnosi completa): _____

per essere sottoposto a (trapianto di / operazione): _____

si ritiene pertanto indispensabile ed urgente provvedere al ricovero presso la struttura sanitaria di: _____

sita nella città di: _____

A tale riguardo si dichiara inoltre che:

- il paziente versa in imminente pericolo di vita;
- il paziente deve / non deve viaggiare barellato;
- non può essere sottoposto alla stessa cura o tipo di intervento nella struttura sanitaria richiedente;
- non è trasportabile con mezzi ordinari;
- è trasportabile con mezzo aereo;
- non è / è affetto da malattie contagiose;
- necessita / non necessita di assistenza a bordo con medico e/o infermiere, i cui nominativi verranno indicati tempestivamente non appena individuati, ai fini dell'imbarco / o i cui nominativi sono: _____
- il paziente necessita / non necessita della seguente strumentazione sanitaria a bordo: _____ (tale strumentazione deve essere autoalimentata, fornita attraverso la struttura sanitaria richiedente che dovrà indicare tipo e dimensioni);
- il paziente giungerà all'aeroporto di partenza con automezzo / ambulanza – tipo targa: _____
- il paziente sarà accompagnato nel viaggio anche dai familiari Signori: _____
- il paziente s'impegna a consegnare all'equipaggio atto di esonero dello stesso equipaggio e della Pubblica Amministrazione da qualsiasi responsabilità in via diretta o di rivalsa in merito al trasporto aereo.
- il paziente deve essere trasportato dall'aeromobile a bordo di ambulanza medicalizzata (Indicare tipo, targa, peso, altezza)

N.B.: qualora il paziente non sia barellato e quindi trasportabile con mezzi aerei di linea, la Prefettura dovrà preliminarmente verificare l'impossibilità di usufruire per motivi di rapidità e di tempestività, dei trasporti aerei di linea.

Data, _____

Timbro e firma del Direttore Sanitario