

## ALLEGATO 1A



**REGIONE  
LAZIO**

### MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO PAZIENTE CRITICO CON ELICOTTERO

Data e ora di richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Ospedale richiedente \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ o Pronto Soccorso

Data e ora di ricovero \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_ data e ora accesso al P.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Traumatico  Non Traumatico

Medico Richiedente Dott. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Medico Accettante Dott. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Come da accordi con il Medico Accettante Dott. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

che ha dato il consenso al trasferimento nel reparto di: \_\_\_\_\_

**OSPEDALE DI DESTINAZIONE:** \_\_\_\_\_

Si chiede il trasporto con elicottero del paziente: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Affetto da: \_\_\_\_\_

Referti e consulenze eseguite: \_\_\_\_\_

Stato clinico: CGS \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ SATURIMETRIA \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_

INTUBATO SI  NO

#### INTRASPORTABILE CON ALTRI MEZZI

**CONSENSO PAZIENTE:** Il paziente, cosciente e consapevole, reso edotto della procedura e dei rischi che esso comporta esprime il consenso al trasferimento con elicottero (nel caso di paziente non cosciente e/o non in grado di esprimere valido consenso la decisione è assunta dal medico che lo ha in cura) nel caso di minore il consenso verrà espresso da chi ne esercita, al momento, la patria potestà.

**Firma**

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

**Nulla osta del Medico Anestesista dell'Ospedale trasferente**

**Firma del Medico Richiedente**

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

#### Area riservata ARES 118

**Nulla osta del Medico COR** Firma \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_:

**Nulla osta del Medico Anestesista Elisoccorso** Firma \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_: