Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Pavia	MODULO CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO PROTETTO	ED. 0 REV. 0 Dicembre 2019

CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO PROTETTO

CENTRO DIALISI _____

Per il Paziente _____

Codice Fiscale_____Tel./cell._____

Luogo e data di nascita_____

Residente a _____ Via _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Piano _____ Ascensore/montascale SI ☐ NO ☐

CENTRO DIALISI SECONDARIO (per spostamenti inferiori a 30 gg) _____

DIAGNOSI _____

SI RICHIEDE UN TRASPORTO PROTETTO:

☐ **Mediante Autovettura/Furgone finestrato con un autista**

☐ **Mediante Autovettura/Furgone finestrato con un autista e un accompagnatore**

☐ **Mediante ambulanza**

Il paziente: ☐ **cammina** ☐ **ausilio carrozzina** ☐ **ausilio lettiga**

☐ Viaggio Andata e ritorno ☐ Viaggio solo andata ☐ Viaggio solo ritorno

Possibile condivisione con altro paziente: ☐ SI ☐ NO

GIORNI E ORARI DI EFFETTUAZIONE DELLA DIALISI

☐ LUNEDÌ	☐ MARTEDÌ	☐ MERCOLEDÌ	☐ GIOVEDÌ	☐ VENERDÌ	☐ SABATO	☐ DOMENICA
Ingresso ore:	Ingresso ore:	Ingresso ore:	Ingresso ore:	Ingresso ore:	Ingresso ore:	Ingresso ore:
Uscita ore:	Uscita ore:	Uscita ore:	Uscita ore:	Uscita ore:	Uscita ore:	Uscita ore:

DURATA PRESTABILITA

☐ Inferiore o uguale a 6 mesi: dal _____ al _____

☐ Fino ad un anno: dal _____ al _____

☐ Illimitata dal _____

per paziente:

○ **bi-amputato** ○ **cardiopatico grave** ○ **grande anziano (>85 anni)**

LUOGO E DATA

_____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

_____