

TRASPORTO SANITARIO URGENTE CON AEREO

FAC-SIMILE RICHIESTA

(su carta intestata ed a cura del responsabile della struttura sanitaria richiedente)

FAX URGENTE (0532-294666)

ALLA PREFETTURA DI FERRARA

Il sottoscritto Dottor _____

responsabile della struttura sanitaria: _____

reparto: _____

chiede il trasporto sanitario urgente con aereo dalla città di: _____

alla città di: _____

del paziente Signor/a _____

❖ Cittadino italiano

affetto da (diagnosi completa): _____

per essere sottoposto a:

intervento di _____

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

non versa in imminente pericolo di vita

deve viaggiare barellato;

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;

è affetto da malattie contagiose;

non 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 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.

N.B.: qualora il paziente non sia barellato e quindi trasportabile con i 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.

Luogo e Data

Timbro e firma del medico

ATTO DI ESONERO

da compilarsi a cura del trasportato o se impossibilitato del familiare che lo accompagna

Il sottoscritto _____

Se non è l'interessato barrare sotto

familiare (specificare grado di parentela) _____

del Signor/a _____

Dichiara

di essere stato informato dai sanitari:

della necessità del trasferimento

della necessità del trasferimento con mezzo aereo presso l'ospedale

di _____

al fine di poter assicurare allo stesso adeguata assistenza.

Dichiara

di esonerare l'Aeronautica Militare e tutti gli altri organismi che concorrono all'organizzazione del trasporto da ogni responsabilità inerente il trasporto stesso.

Data _____

firma

(firma chiara e leggibile)