

# 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)