

**Casa di Cura Privata
Villa Margherita S.r.l.**

SCHEDA PER IL TRASPORTO PAZIENTI

Spett.le _____
(ditta che effettua il servizio)

FAX

Cognome e nome paziente: _____

Sesso M/F: ____ Data di nascita: _____ N. ricovero - del: _____

Reparto: _____

*spazio per etichetta
dati paziente*

Indagine diagnostica _____

presso: _____ il giorno: _____ ora _____

Trasferimento a: _____

Paziente è: autonomo
 parzialmente autonomo
 non autonomo
 deambulante
 non deambulante
 confuso

trasporto in: barella
 seduto
 carrozzina

 terapia con ossigeno

Si consegnano effetti/documenti del paziente NO SI: _____

Osservazioni particolari: _____

NOTE: I pazienti devono avere un'assistenza continuativa da parte del personale che effettua il servizio di trasporto.

(Firma del compilatore)

(Firma di chi effettua il servizio)

A cura del caposala

OSSERVAZIONI E GIUDIZIO FINALE DEL CAPOSALA SULLA QUALITA' DEL SERVIZIO:

Ora inizio trasporto: _____ ora arrivo al ritorno in Casa di Cura: _____