



**CROCE GIALLA SPINEA - O.N.L.U.S.**  
**P.A.V. - Pubblica Assistenza Volontaria**  
Registro Regionale Volontariato cod. VE 0045  
Registro Regionale Protezione Civile cod. PCVOL-05-A-0184-VE-13  
Centro di Formazione BLS/D accreditato Regione Veneto cod. 009/CREU



SCHEDA RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO E SOCIALE PER PRIVATI CITTADINI					
Data richiesta:		Ora richiesta:			
Cognome e Nome Richiedente:			Telefono Richiedente:		
Cognome e Nome Paziente:			Telefono Paziente:		
Data di nascita:		Luogo di nascita:			
Residenza a:		Via / P.zza:		C.A.P.:	
Partenza da:					
Reparto:					
Data appuntamento:		Ora appuntamento:			
Arrivo a:					
Reparto:					
Motivo del trasporto:		<input type="checkbox"/> ESAME <input type="checkbox"/> VISITA <input type="checkbox"/> RICOVERO <input type="checkbox"/> DIMISSIONE <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO			
		<input type="checkbox"/> ALTRO:			
Condizioni fisiche:		<input type="checkbox"/> DEAMBULANTE <input type="checkbox"/> NON DEAMBULANTE		PESO:	
Trasporto da effettuare con:		<input type="checkbox"/> SEDIA <input type="checkbox"/> BARELLA		Ossigenoterapia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Piano abitazione:		Presenza Ascensore:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACCESSIBILE CARROZZINE	
Patologie in atto:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Malattie infettive:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Presenza traumi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Presenza fratture		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Problemi Psichiatrici:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Problemi Neurologici:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI specificare:	
Accompagnato da:		<input type="checkbox"/> FAMILIARE <input type="checkbox"/> O.S.S. <input type="checkbox"/> BADANTE <input type="checkbox"/> ALTRO:			
Cognome e Nome Accompagnatore:					

**Note:** Questo documento contiene informazioni di proprietà esclusiva della Croce Gialla Spinea O.n.l.u.s., né il documento né sue parti possono essere pubblicate, riprodotte, copiate o comunque divulgate senza l'autorizzazione scritta dell'associazione.