



U.O. ....  
Anno .....  
Cartella Clinica .....

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP  
AGRIGENTO**

**P.O.** .....

**U.O.** .....

**Data** .....

**DATI PAZIENTE**

Nome ..... Cognome .....

Diagnosi .....

.....

.....

Sintesi anamnestica .....

.....

.....

.....

**Motivazione Trasferimento**

- Mancanza posti letto
- Unità Operativa Alta Specialità
- Altro (specificare) .....

**Trasferimento**      AMB  
Eliambulanza

AMB 118

**PARAMETRI VITALI**

**PAo** ..... mmHg      **FC** ..... b/min.      **Polso** Presente      Assente

**Pupille**      Miosi      Midriasi      Isocoria  
                 Anisocoria

**Frequenza Respiratoria** ..... atti/min.      Sat.% O2 .....      T. C. .... °C

**Diuresi**      assente      presente

**TRATTAMENTI**

**Mantenimento pervietà vie aeree**      IOT      Maschera Laringea

**Incanulamento vena**      centrale      periferica

**Sondino NasoGastrico**      **Catetere Vescicale**

**Esami eseguiti**

Ematochimici di routine      EGA      ECG      Gruppo ..... Rh

RX .....      ETG      TAC

Altro (specificare) .....

**TERAPIA PRATICATA**

Infusioni .....

Trasfusioni .....

Sedazione ..... Curarizzazione .....

Farmaci utilizzati .....

.....

.....

**Documentazione sanitaria allegata in copia**

- Referti di laboratorio
- ECG
- Consulenze richieste.....
- Referti radiologici.....
- Altro (specificare).....

**Documentazione sanitaria allegata in copia**

- Pellicole radiologiche
- Altro (specificare).....
- Terapia effettuata durante il trasporto.....

.....

.....

.....

.....

**Struttura accettante** .....

**Sanitario che richiede il trasferimento** .....

**Sanitario che accetta il trasferimento** .....

**Sanitario/i accompagnante/ti il paziente** .....

.....