



CROCE GIALLA SPINEA – O.d.V.
P.A.V. - Pubblica Assistenza Volontaria
R.U.N.T.S. repertorio 102190
Registro Regionale Protezione Civile cod. PCVOL-05-A-0184-VE-13
Registro Regionale delle Persone Giuridiche di Diritto Privato n. 757
Centro di Formazione BLS/D accreditato Regione Veneto cod. 009/CREU



SCHEDA RICHIESTA TRASPORTO SOCIALE DA PERSONE FISICHE (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.	
Codice fiscale					
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 su:		<input type="checkbox"/> CARROZZINA <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:					