

## SOL·LICITUD DE TRANSPORT SANITARI I SOCIO-SANITARI PROGRAMAT

### 1. Dades identificatives de l'usuari/ària

Núm

Nom i cognoms	Data Naixement
Adreça	Telèfon
Núm. CASS	Companyia assegurances (núm. pòlissa)
Cobertura assegurança	Si No %

### 2. Dades del sol·licitant (2)

Nom i cognoms del professional responsable de la indicació	
Nom del centre, servei o establiment sanitari / socio-sanitari	
Nom i cognoms de la persona de contacte	Telèfon

### 3. Motius per a la indicació del transport

#### Motiu del trasllat

tractament de quimioteràpia	alta hospitalària		
tractament de rehabilitació	repatriació		
tractament de diàlisi	prova complementària		
accés Centre de Salut Mental	prova realitzable a Andorra	Si	No
accés a altres centres sanitaris (consultoris, laboratoris...)	ingrés hospitalari		
assistència a residència geriàtrica / centre de dia			
altres destinacions (especificar)			

#### Resum clínic (diagnòstic) o tipus de prova

#### Críteris d'ús (3)

- Indicar les causes clíniques que impossibiliten la utilització de mitjans de transport ordinari

### 4. Tipus de transport requerit (4)

INTERN

EXTERN

VS col·lectiu		SVA
VS individual (indiqueu el motiu)		SVB
pacient que necessita mesures d'aïllament		AC
pacient enllitat		Helicòpter
altres (especifiqueu-los)		
Hemodinàmica	Respiració	
Monitorització ECG	Via aèria	
Aritmies	Suport respiratori	
Via venosa	GCS	
Marcapàs transitori	Suport farmacològic (5)	

### 5. Lloc de recollida de l'usuari/ària (indiqueu en qualsevol cas l'adreça completa)

Domicili			
Centre sanitari	Llit	Urgències	UCI
Altres			

## 6. Necessitats del pacient

Necessitats de tractament del pacient dins el vehicle

En el cas que es requereixi una persona acompanyant, indiqueu-ne el motiu

## 7. Lloc de destí (indiqueu en qualsevol cas l'adreça completa)

Nom del centre o establiment de destí

Professional destinatari

Servei

Adreça

Telèfon

## 8. Període durant el qual es precisa el servei (6)

Transport continuat: Període comprés entre les dates \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ (ambdues incloses)

Hora prevista

Transport no continuat: Dia

Hora prevista

Anada

Tornada

Anada i tornada

Hora de recollida pel trajecte d'anada

Hora de recollida pel trajecte de tornada

## 9. Data i signatures

Signatura del professional responsable de la indicació

Signatura de la persona referent de la Unitat Coordinadora del Transport Programat

Data

Data

- (1) La sol·licitud de transport socio-sanitari intern programat s'ha d'efectuar amb una antelació mínima de 24 hores. Un cop emplenada s'ha d'enviar a la Unitat Coordinadora del Transport Programat a través del número de fax **871123**
- (2) Els professionals de l'àmbit socio / sanitari que poden ser responsables de la indicació són: metges, responsables de les residències geriàtriques / centres de dia i el Departament de Benestar
- (3) La sol·licitud de transport socio-sanitari intern programat requereix de la valoració dels següents criteris per part del professional responsable de la sol·licitud del transport:
  1. que tingui lloc una situació d'impossibilitat física o mental o d'altres causes mèdiques que, a judici del sol·licitant, impedeixi o incapaciti la persona per utilitzar un mitjà de transport ordinari
  2. que els familiars de l'usuari no tinguin possibilitat d'efectuar el trasllat
  3. (en el cas d'usuaris de residències geriàtriques / centres de dia) que no resulti possible traslladar l'usuari amb els mitjans del centre
- (4) VS: Vehicle sanitari; SVA: Suport vital avançat; SVB: Suport vital bàsic; AC: Ambulància convencional.
- (5) Suport farmacològic: Grup I: Inotrópic, antiarítmics, bicarbonat, sedants, analgèsics, anticomicals, esteroides, manitol; Grup II: Vasodilatadors, curaritzants, anestèsics, trombolítics
- (6) La present sol·licitud tindrà una vigència màxima de 6 mesos.