

REGOLAMENTO

Trasporti programmati

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 1 di 8

Trasporti programmati

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>	<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>	<i>Data</i>	<i>Funzione</i>	<i>Cognome/Nome</i>
02/01/2017	Responsabile UOSD CO 118	Santicchia Silvio	06/12/2017	Direttore DEA	Rossi Rita	28/12/2017	Direttore Sanitario	Mattucci Maria
	Coord. Inferm. UOSD CO 118	Bruni Daniela		Responsabile UOSD CO 118	Santicchia Silvio			
	CPSI	Taraschi Loriana						
	CPSI	Cifaldi Oriana						

REGOLAMENTO

Trasporti programmati

Documento:

Revisione n.:

Data:

pag. 3 di 8

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	4
2. SCOPO.....	4
4. DEFINIZIONE.....	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	5
6. MODALITA' OPERATIVA.....	6
6.1 INDICAZIONI TRASPORTO /TRASPORTO PROGRAMMATO	6
6.2 ATTIVITA' DEL MEDICO RICHIEDENTE.....	6
6.3 ATTIVITA' DELL'INFERMIERE CHE EFFETTUA IL TRASPORTO.....	7
6.4 SCELTA DEL PERSONALE DA UTILIZZARE PER IL TRASPORTO.....	7
8. ALLEGATI.....	8

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<h1>REGOLAMENTO</h1> <h2>Trasporti programmati</h2>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p> <p style="text-align: right;">pag. 4 di 8</p>
<p>Articolazione Aziendale UOSD C.O 118</p>		

1. INTRODUZIONE

Il processo di trasporto/trasferimento programmato è quello che viene garantito dall'ASL attraverso l'utilizzo di mezzi di trasporto e di personale sanitario e che richiede, per le caratteristiche intrinseche di complessità, una gestione articolata e competenze specifiche.

2. SCOPO

Il regolamento ha lo scopo di definire i criteri e di standardizzare le modalità del Trasporto Programmato per trasferimento o per esecuzione di accertamenti diagnostici e/o procedure terapeutiche. Inoltre serve a garantire al paziente che deve necessariamente essere trasferito da un Presidio Ospedaliero Aziendale ad altro Presidio Aziendale, a Presidi Ospedalieri di altre Aziende e/o presso strutture accreditate con setting assistenziali appropriati, il mantenimento degli standard di cura e assistenza per tutto il percorso che deve compiere a bordo dell'ambulanza fino alla destinazione finale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si applica a tutte le UU.OO. dell'Azienda nel momento in cui si renda necessario **il trasferimento/trasporto non urgente**, quindi programmabile, di un paziente per eseguire il ricovero, la diagnostica, la consulenza o la terapia, all'esterno e/o all'interno della ASL di Teramo.

4. DEFINIZIONI

Trasporto interospedaliero: ne usufruisce il paziente che necessita di spostamenti al di fuori della struttura ospedaliera di appartenenza e/o verso un'altra struttura accreditata.

Paziente stabile: paziente con parametri vitali clinici entro i range di normalità ed al quale con elevata probabilità, non possa accadere da un punto di vista medico, deterioramento importante delle condizioni di salute durante il trasferimento stesso.

Trasporto interno: trasporto del paziente all'interno dello stesso Presidio (es: navetta Giulianova)

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

R= Responsabile azione C= Coinvolto I= Informato

Figura che svolge l'attività	Medico che richiede il trasporto/trasferimento	Medico che esegue il trasporto (se richiesto è dell'U.O.)	Infermiere che esegue il trasporto	Autista di ambulanza	Medico che riceve il paziente	Paziente
Descrizione attività						
Valutazione necessità di trasporto/trasferimento	R					
Prende accordi con la struttura ricevente	R				R	
Valuta le condizioni del paziente prima della partenza	R					
Prepara la documentazione	R					
Controllo vano sanitario MS da utilizzare			R			
Identifica il paziente e verifica corrispondenza con la documentazione di accompagnamento		R	R	C		
Accompagna il paziente		R	R	C		
Accetta il paziente					R	
Informativa scritta (paziente – familiare)	R					R
Consenso	R					R

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<h2>Trasporti programmati</h2>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p>
<p>Articolazione Aziendale UOSD C.O. 118</p>		<p>pag. 6 di 8</p>

6. MODALITÀ OPERATIVA

6.1 Indicazioni al trasporto/trasferimento programmato

L'esigenza di attivare un trasporto programmato al posto di un trasporto secondario urgente (*Regolamento Aziendale per i Trasporti Secondari Urgenti del 24/05/2014*) e/o trasporto tempo dipendente (*Protocollo Aziendale delle Patologie Tempo-Dipendenti Documento EA PR01 del 07/04/2014*) è fondamentale legata alle condizioni fisiche del paziente che devono essere valutate dal medico curante come NON CRITICHE ed alla possibilità della struttura in cui il paziente è presente di fornire le risorse di cui necessita.

Il trasporto programmato del paziente avviene per:

- a. Per prestazioni non erogabili nella struttura;
- b. Per ricovero in area a maggiore complessità assistenziale, ove il paziente non si trovi in condizioni instabili/critiche;
- c. Trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale;
- d. Trasferimento in ospedali competenti per specialità;
- e. Trasporto per necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.);
- f. Trasferimento presso strutture accreditate con setting assistenziali appropriati.

6.2 Attività del medico richiedente il trasporto

Il Medico della U.O. che attiva il trasferimento deve:

- stabilire la necessità del trasferimento valutando i rischi, i benefici, la tempestività e il momento più opportuno per eseguirlo;

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<h2 style="margin: 0;">Trasporti programmati</h2>	<p>Documento:</p> <p>Revisione n.:</p> <p>Data:</p>
<p>Articolazione Aziendale UOSD C.O. 118</p>		<p>pag. 7 di 8</p>

- Acquisire il consenso informato del paziente o del suo tutore o l'esercente la patria potestà, riguardo l'effettuazione dell'esame e l'informativa al paziente al trasferimento;
- Compilare la richiesta di trasporto/trasferimento in ogni sua parte in grafia leggibile, in stampatello, con timbro e firma e identificare il personale di accompagnamento;
- Valutare le condizioni del paziente prima della partenza senza ciò comporti ritardo per il trasferimento stesso, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse impiegate e documentarlo sulla cartella clinica;
- Inviare la richiesta di trasporto/trasferimento, **sottoscritta anche dal paziente per accettazione**, alla **Centrale Operativa Trasporti Programmati (COT) Servizio Trasporti Programmati (ubicata presso C.O. 118 Teramo)**.

La documentazione clinica che deve accompagnare il paziente deve essere preparata per tempo senza ritardare il trasferimento.

6.3 attività dell'infermiere che effettua il trasporto/trasferimento

L'Infermiere che effettua il trasferimento, controlla per tempo il vano sanitario del mezzo utilizzato attraverso la compilazione della Check List (di norma massimo 20'), adoperandosi al rientro in sede al ripristino di quanto utilizzato (di norma massimo 20') e segnala eventuali disfunzioni delle apparecchiature medicali di bordo alla COT attraverso la compilazione dell'apposito modulo.

6.4. Scelta del personale da utilizzare per il trasporto

L'U.O. che richiede il trasferimento, in caso di necessità di accompagnamento da parte del medico, **provvederà al trasporto con proprie risorse**. Per ciò che concerne il personale infermieristico, in assenza di personale dedicato ai trasporti programmati (Attività aggiuntiva in Cod. 22), l'U.O. richiedente provvederà al trasporto/trasferimento con proprie risorse.

 <p>AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<h2 style="margin: 0;"><i>Trasporti programmati</i></h2>	<p>Documento: Revisione n.: Data:</p>
<p>Articolazione Aziendale UOSD C.O. 118</p>		<p><i>pag. 8 di 8</i></p>

La Centrale Operativa Trasporti Programmati è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00. TEL. 0861 440562 - FAX 0861 429278.

Le richieste di trasporto/trasferimento programmato dovranno pervenire alla C.O.T., di norma, entro le 24 ore precedenti al trasferimento.

Le UU.OO. richiedenti dovranno concordare puntualmente con le UU.OO. eroganti le date e gli orari precisi per lo svolgimento delle prestazioni richieste o la presa in carico del paziente trasferito; tali informazioni sono da riportare sulla richiesta alla COT.

Il personale delle UU.OO. che esegue le prestazioni è tenuto a ridurre i tempi di attesa per lo svolgimento delle attività al fine di diminuire il timing di "fuori reparto" e ottimizzare l'efficienza del servizio Trasporti Programmati. Il personale che accompagna il paziente resta fino alla conclusione della prestazione.

Il costo del trasporto (mezzo, autista e infermiere) sarà a carico dell'U.O. richiedente.

ALLEGATI

Allegato 1 Richiesta Trasporto Programmato e informativa

Allegato 2 Check list APPARECCHIATURE e segnalazione GUASTI



**AUSL 4
TERAMO**
il meglio è nel tuo territorio

RICHIESTA

TRASPORTO PROGRAMMATO

Teramo - Giulianova - S. Omero - Atri

0861 440562 **0861 429278**

Inviare le richieste esclusivamente via FAX



RICHIEDENTE

OSPEDALE: _____ REPARTO: _____

DESTINAZIONE

OSPEDALE: _____ REPARTO: _____

APPUNTAMENTO A DESTINAZIONE: DATA _____ ORA _____

PAZIENTE: Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ Indirizzo di residenza _____

Città : _____ Cod. Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice a barre

incollare qui

Paziente M F

Accompagnamento sanitario: MEDICO CPSI

Presidi necessari per il trasporto: BARELLA SEDIA

PATOLOGIA: _____

Motivo della richiesta: trasferimento consulenza Altro: (specificare)

Accordi intersorsi:

Medico reparto richiedente _____ tel. _____

Medico reparto di destinazione _____ tel. _____

Indirizzo struttura ricevente: _____

Il/la paziente è stata informato/a sulla necessità del trasporto/trasferimento accetta non accetta

Firma paziente _____

Compilazione richiesta: Ora __ / __ Data __ / __ / ____ Timbro e firma del richiedente _____



**AUSL 4
TERAMO**
il meglio è nel tuo territorio

**INFORMATIVA AL
TRASFERIMENTO/TRASPORTO**

Ospedale di.....

U.O. di

Direttore Responsabile

.....

Al/allla Sig/Sig.ra.....
Ricoverato/a presso questa U.O. viene sottoposto al trasporto presso la U.O. / Servizio di
del P.O.

Per il/i seguente/i motivo/i:

- Per prestazioni non erogabili nella struttura;
- Per ricovero in area a maggiore complessità assistenziale, ove il paziente non si trovi in condizioni instabili/critiche;
- Trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale;
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità;
- Trasporto per necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.);
- Trasferimento presso strutture accreditate con setting assistenziali appropriati.

- Al/allla Sig/Sig.ra.....

- Al parente (indicare nome, cognome e grado di parentela)

.....

- Al tutore legale(specificare).....

Sono state chiaramente spiegati i rischi, le ragioni e i benefici del trasferimento/trasporto nonché i rischi prevedibili dovuti al **(mancato trasferimento/trasporto)** e le alternative al trasferimento presso la struttura sanitaria preposta.

Io sottoscritto/a ho compreso chiaramente i rischi e i benefici del trasferimento nonché i rischi prevedibili dovuti al mancato trasferimento e le alternative al trasferimento presso l'ospedale di.....

Ho potuto chiedere ogni altro chiarimento al medico responsabile del trasferimento propostomi, che li ha chiaramente spiegati.

Per i motivi sopra esposti:

<input type="checkbox"/> Acconsento al trasferimento	<input type="checkbox"/> Non acconsento al trasferimento pur avendo ben compreso i rischi del mancato trasferimento. Ho compreso che il ritardato trasferimento per mia volontà comporta rischi aggiuntivi.
Firma del paziente o l'esercente la potestà	Firma del paziente o l'esercente la potestà

Il medico responsabile del trasferimento

Timbro e firma oradata



**AUSL 4
TERAMO**

il meglio è nel tuo territorio

TRASPORTO PROGRAMMATO

Teramo - Giulianova - S. Omero - Atri

☎ 0861 440562 ☎ 0861 429278



Check List

GIORNO ___ / ___ / _____	MODELLO E IMMATRICOLAZIONE VEICOLO	
TARGA VEICOLO	KILOMETRI VEICOLO	

Autista

CONTROLLO	ESITO	ESITO	ANNOTAZIONI
Funzionamento segnalatori ottici ed acustici d'emergenza (sirena e lampeggianti)	si	no	
Funzionamento segnalatori ottici (fari) ed acustici (clacson)	si	no	
Funzionamento illuminazione interna vano guida e sanitario	si	no	
Funzionamento ed efficienza ruote e pneumatici	si	no	
Funzionamento impianto frenante	si	no	
Presenza e funzionamento torcia elettrica	si	no	
Funzionamento apparati di comunicazione (radio, Gps e cellulare)	si	no	
Presenza e funzionamento attrezzi per sostituzione pneumatici	si	no	
Presenza e funzionamento catene da neve	si	no	
Presenza triangolo e giubbino di emergenza	si	no	
Presenza e carica estintore da kg3 omologato ministero vano guida	si	no	
Presenza e carica estintore da kg3 omologato ministero vano sanitario	si	no	
Presenza Telepass o Viacard Autostrade	si	no	
Presenza Libro macchina per annotazione	si	no	

viaggi e rifornimento carburante			
Presenza timbro revisione veicolo effettuata	si	no	
Presenza contratto assicurazione	si	no	
Livello carburante	si	no	
Livello olio motore	si	no	
Livello liquido di raffreddamento motore	si	no	
Livello liquido freni	si	no	
Livello liquido tergilcristalli	si	no	
Presenza libretto di circolazione	si	no	
Presenza e funzionamento navigatore	si	no	
n. 2 torce/fiaccole da segnalazione	si	no	
per le ambulanze immatricolate dal 01/06/2011 sistema di climatizzazione obbligatorio	si	no	

Infermiere

Presenza e funzionamento sistema di aspirazione fisso con almeno n. 1 presa vuoto aggancio/sgancio rapidi con vaso raccolta secreti da almeno 500 ml. + prolunga + raccordo	si	no							
Presenza e funzionamento impianto di distribuzione ossigeno minimo n. 2 prese, alimentato da n. 2 bombole di O ₂ fisse, non inferiori alla capacità di litri 7, con scambiatore automatico, riduttore di pressione, manometro e flussimetro per ogni singola bombola, in ogni momento almeno una delle due bombole deve avere un riempimento pari a 150 atm	si	no							
Presenza e collaudo bombole ossigeno fisse	Bomb. 1			Bomb. 2			Bomb. 3		
	si	no	Data collaudo	si	no	Data collaudo	si	no	Data collaudo
Presenza e collaudo bombole ossigeno supplementari	Bomb. 1			Bomb. 2			Bomb. 3		
	si	no	Data collaudo	si	no	Data collaudo	si	no	Data collaudo
n. 1 Defibrillatore semiautomatico con n. 2 placche adulto e n. 2 placche pediatriche, batteria di scorta, rasoio e telino, controllo funzionalità	si	no							
n. 1 aspiratore portatile con sondini aspirazione controllo funzionalità	si	no							
n. 1 saturimetro con sensori adulti e pediatrici controllo funzionalità	si	no							

n. 1 barella a cucchiaio dotata di cinture	si	no	
n. 1 dispositivo per il trasporto paziente seduto, (fatto salvo il caso in cui la barella principale non assolva anche questa funzione)	si	no	
n. 1 tavola spinale completa di immobilizzazione per la testa e fasce di bloccaggio di sicurezza o, in alternativa, materassino a depressione	si	no	
n. 1 telo da trasporto a sei o più maniglie	si	no	
n. 1 pallone autoespansibile adulti completo di set di maschere	si	no	
n. 2 maschere facciali per ossigenoterapia	si	no	
n. 1 attacco portaflebo antiurto ed antioscillazione	si	no	
n. 1 contenitore per aghi e taglienti in materiale plastico rigido sigillabile	si	no	
n. 1 padella	si	no	
n. 1 pappagallo	si	no	
n. 3 scatole di guanti monouso (misura piccola, media, grande)	si	no	
n. 1 scatola mascherine	si	no	
n. 3 camici di protezione monouso	si	no	
biancheria per barella: n. 2 lenzuola, n. 1 coperta, n. 1 traversa, n. 1 cuscino per barella	si	no	
Segnalazioni e provvedimenti adottati durante il controllo			
	NOME E COGNOME	FIRMA	
Nome e firma autista in servizio			
Nome e firma infermiere in servizio			