



## Sol·licitud de transport sanitari no urgent<sup>1</sup>

### Dades identificatives del/de la pacient

|        |                    |             |
|--------|--------------------|-------------|
| Nom    | 1r cognom          | 2n cognom   |
| CIP    | Telèfon            |             |
| Adreça | Municipi/localitat | Codi postal |

### Dades del centre prescriptor

|                                                                |                              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Nom del centre                                                 | UP                           |
| Nom i cognoms del facultatiu/iva responsable de la indicació   | Servei o unitat assistencial |
| Nom i cognoms de la persona responsable del centre prescriptor |                              |

### Motius per a la indicació del transport

Causes clíniques que impossibiliten la utilització de mitjans ordinaris<sup>2</sup>

|                                                                               |                                                         |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motiu del trasllat                                                            |                                                         |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> alta hospitalària                                    | <input type="checkbox"/> ingrés hospitalari             | <input type="checkbox"/> radioteràpia                                                                  |
| <input type="checkbox"/> consultes externes                                   | <input type="checkbox"/> prova complementària           | <input type="checkbox"/> rehabilitació                                                                 |
| <input type="checkbox"/> hemodiàlisi                                          | <input type="checkbox"/> quimioteràpia                  | <input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-los):                                                    |
| Tipus de transport                                                            |                                                         |                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> col·lectiu                                           | <input type="checkbox"/> individual (marqueu el motiu): | <input type="checkbox"/> pacient que necessita mesures d'aïllament –malaltia infectocontagiosa activa– |
|                                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> pacient enllitat                                                              |
|                                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-los):                                                    |
| En el cas que es requereixi una persona acompanyant, especifiqueu-ne el motiu |                                                         |                                                                                                        |

### Lloc de recollida del/de la pacient (en cas que sigui un lloc diferent del de residència)

|        |                    |         |
|--------|--------------------|---------|
| Adreça | Municipi/localitat | Telèfon |
|--------|--------------------|---------|

### Lloc de destinació

|                                                          |                                                            |                                          |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Nom del centre                                           | UP                                                         |                                          |
| Adreça                                                   | Municipi/localitat                                         | Telèfon                                  |
| Dia i hora del tractament                                | Trajecte                                                   |                                          |
|                                                          | <input type="checkbox"/> anada                             | <input type="checkbox"/> anada i tornada |
| Periodicitat                                             | Data de finalització <sup>3</sup>                          |                                          |
| Signatura del facultatiu/iva responsable de la indicació | Signatura de la persona responsable del centre prescriptor |                                          |
| Data                                                     | Data                                                       |                                          |

<sup>1</sup> Contacteu amb l'empresa de transport sanitari amb una antelació mínima de 24 h.

<sup>2</sup> D'acord amb la normativa vigent, la sol·licitud de la prestació de transport sanitari no urgent requereix que tingui lloc una situació d'impossibilitat física o altres causes mèdiques que, a judici del personal facultatiu, impedeixin o incapacitin la persona malalta per utilitzar transport ordinari per desplaçar-se a un centre sanitari o al seu domicili després de rebre l'atenció sanitària corresponent. L'avaluació de la necessitat de la prestació correspon al personal facultatiu que presta l'assistència i la seva indicació únicament pot obeir a causes mèdiques que facin impossible el desplaçament en mitjans ordinaris de transport.

<sup>3</sup> Aquesta sol·licitud té una validesa màxima de sis mesos.