



Rete
Nazionale
Trapianti

ALLEGATO 3

COMUNICAZIONE DISPONIBILITA' DI ORGANO PER PAZIENTE IN LISTA D'ATTESA NON RESIDENTE E NECESSITA' DI TRASPORTO AEREO

(TRASFERIRE SU CARTA INTESTATA)

Il sottoscritto dott. _____ informa che in data
_____ è stato convocato il paziente _____ nato a
_____ il _____ Residente in _____ per effettuare il
trapianto di _____

Referente del CTX e numero di cellulare _____

Recapiti del paziente _____

Il suddetto paziente deve arrivare presso la sede del Centro di Trapianto entro e non oltre le ore
_____ del _____

Il sottoscritto dichiara che:

- Il paziente è stato informato in merito alla necessità di riservare l'impiego dei voli di stato a casi eccezionali, previa acquisizione del parere del Centro Nazionale Trapianti;
- Il paziente ha necessità di trasporto aereo.

In relazione a quanto sopra, si chiede di attivare la relativa procedura operativa per l'organizzazione del trasferimento del paziente.

In fede

(Timbro e firma) _____

Data e ora _____

PARTE RISERVATA AL CRT DEL CENTRO TRAPIANTI

Il CRT _____ prende visione della richiesta e la inoltra per opportuna competenza al CRT _____ e per conoscenza al CNT Operativo.

(Timbro e firma) _____

Data e ora _____