



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA
DIRETTA/INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE
ALL'ESTERO**
(D.M. 03.11.89; Circolare n. 33 del 12.12.89 in G.U. 10.1.90 n. 17)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Telefono n. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

- per se stesso
- per il familiare

_____ (cognome e nome, relazione di parentela)
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
a recarsi presso il Centro Estero _____
_____ per _____

come da relazione allegata del medico Specialista.

Data, _____

Firma del richiedente

Autorizzazione al trattamento dati sensibili, ai sensi Dlgs 196/03 e GDPR 2016/679

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza l'Azienda USL della Romagna al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione trasmessa, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati.

Firma _____

Si dichiara di ricevere la presente domanda con gli allegati, in data _____

L'operatore addetto _____

RELAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

Cognome e nome dell'assistito/a _____

Diagnosi e relazione sulle condizioni attuali _____

Richiesta di cure presso Centri di altissima specializzazione all'Estero (specificare e contrassegnare sul modulo allegato la **Patologia** per la quale si richiede il trasferimento) _____

Motivazione della richiesta:

- 1) Prestazioni non ottenibili tempestivamente in Italia (indicare le strutture sanitarie interpellate, pubbliche o convenzionate con il S.S.N. - **almeno due** - ed i tempi di attesa dichiarati dalle stesse

struttura sanitaria _____ **tempi** _____

struttura sanitaria _____ **tempi** _____

- 2) Prestazioni non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso in Italia (motivazione)

Precedenti cure in Italia, terapie eseguite e loro esito _____

Precedenti cure all'Estero _____

Necessità di accompagnatore e motivazione: _____

Trasporto da effettuare con :

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Volo di linea | <input type="checkbox"/> Treno | <input type="checkbox"/> Auto privata |
| <input type="checkbox"/> Volo speciale | <input type="checkbox"/> Treno con servizio speciale | <input type="checkbox"/> Ambulanza |

Motivazione _____

Data, _____ **IL MEDICO SPECIALISTA** _____

(timbro e firma)

Elenco della documentazione che si allega:

ELENCO DELLE PATOLOGIE/TERAPIE INDICATE NEI DD.MM. 24/01/90,30/08/91 e 17/06/92

<u>NEUROLOGIA</u>	
<u>STATI SUBACUTI COSTITUITI DA MALATTIE INFIAMMATORIE AUTOIMMUNI:</u>	
32AM	<input type="radio"/> POLINEURITI E POLIRADICOLITI
32BM	<input type="radio"/> POLIMIOSITI
32GM	<input type="radio"/> MIASTENIA IN FASE EVOLUTIVA
32HM	<input type="radio"/> PATOLOGIA CEREBRO-VASCOLARE
32IM	<input type="radio"/> EPILESSIA A CRISI RICORRENTI
32LM	<input type="radio"/> SCLEROSI MULTIPLA
<u>DIAGNOSTICA NEUROLOGICA CON ALTE TECNOLOGIE:</u>	
32ZD	<input type="radio"/> TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA
32YD	<input type="radio"/> TOMOGRAFIA A RISONANZA MAGNETICA
32XD	<input type="radio"/> ANGIOGRAFIA MIDOLLARE SUPERSELETTIVA
<u>NEUROCHIRURGIA:</u>	
30AC	<input type="radio"/> PARALISI OSTETRICHE DEL PLESSO BRACHIALE
30BC	<input type="radio"/> PARALISI TRAUMATICHE DEL PLESSO BRACHIAL.
<u>PATOLOGIA TUMORALE ENDOCRANICA E RACHIDEA:</u>	
64AD	<input type="radio"/> BIOPSIE STEREOTASSICHE
64BN	<input type="radio"/> TUMORI A LENTA EVOLUZIONE
64GC	<input type="radio"/> TUMORI BENIGNI SENZA SEGNI DI COMPROMISSIONE FUNZIONI
64ZR	<input type="radio"/> TERAPIE RADIANTI TRADIZIONALI O STEREOTASSICHE
34GN	<input type="radio"/> PATOLOGIA MALFORMATIVA E TUMORALE DELL'ORBITA
30HN	<input type="radio"/> TERAPIA INTERSTIZIALE NEGLI ASTROCITOMI DI I° e II° GRADO
<u>MALFORMAZIONI VASCOLARI NON TRATTABILI CHIRURGICAMENTE:</u>	
30IN	<input type="radio"/> EMBOLIZZAZIONE
30XR	<input type="radio"/> TERAPIE CON ALTE ENERGIE
30LN	<input type="radio"/> ALTRE
<u>EPILESSIA:</u>	
30PC	<input type="radio"/> TRATTAMENTO CHIRURGICO
<u>NEURORIABILITAZIONE:</u>	
30YF	<input type="radio"/> POST-CHIRURGIA CEREBRALE
30ZF	<input type="radio"/> POST-CHIRURGIA VERTEBRO-MIDOLLARE
30QF	<input type="radio"/> PARATETRAPLEGIE ACQUISITE O CONGENITE
30SF	<input type="radio"/> SINDROMI POST-COMA O COMA APALLICO
<u>CARDIOLOGIA INVASIVA:</u>	
08AD	<input type="radio"/> CORONOGRAMMA NELL'ANGINA STABILE IN TRATTAMENTO
08BD	<input type="radio"/> ANGIOPLASTICA CORONARICA NELL'ANGINA STABILE
<u>CARDIOCHIRURGIA:</u>	
07AC	<input type="radio"/> ANEURISMI DELL'AORTA TORACICA NON FISSURATI, NON DISSECANTI
07BC	<input type="radio"/> OSTRUZIONI CORONARICHE IN ANGINA STABILE O ASINTOMATICA IN TERAPIA, ESCLUSE OSTRUZIONI CRITICHE DEL TRONCO COMUNE SINISTRO O PROSSIMALI DELLA DISCENDENTE ANTERIORE E CIRCONFLESSA
07GC	<input type="radio"/> COMPLICANZE CRONICHE DELL'INFARTO DEL MIOCARDIO IN COMPENSO CLINICO (CLASSE NYHA <3) CON TERAPIA MEDICA
07HC	<input type="radio"/> STENOSI AORTICA SINTOMATICA
07IC	<input type="radio"/> INSUFFICIENZA AORTICA SINTOMATICA
07JC	<input type="radio"/> INSUFFICIENZA AORTICA ASINTOMATICA (CLASSE NYHA <3)
07KC	<input type="radio"/> VALVULOPATIA MITRALICA SINTOMATICA
07LC	<input type="radio"/> VALVULOPATIA MITRALICA ASINTOMATICA
07PC	<input type="radio"/> VALVULOPATIE MULTIPLE SINTOMATICHE
07QC	<input type="radio"/> VALVULOPATIE MULTIPLE ASINTOMATICHE
07SC	<input type="radio"/> VALVULOPATIE ASSOCIATE E CORONOPATIE, STENOSI AORTICA
07UC	<input type="radio"/> VALVULOPATIE ASSOCIATE E CORONOPATIE : ALTRE VALVULOPATIE
07YC	<input type="radio"/> CARDIOPATIE CON SHUNT S-D- SENZA GRAVE IPERTENSIONE POLMONARE (DOTTO ARTERIOSO PERVIO, DIFETTO DEL SETTO INTERATRIALE, RITORNO ANOMALO PARZIALE DELLE VENE POLMONARI, CANALE A-V PARZIALE)
07WC	<input type="radio"/> CARDIOPATIE CONGENITE CON SHUNT S-D- PIU' COMPLESSO DIFETTO DEL SETTO INTERVENTRICOLARE, TRONCO ARTERIOSO, DIFETTO AORTO POLMONARE, CANALE A-V COMPLETO
07XC	<input type="radio"/> CARDIOPATIE CONGENITE COMPLESSE (TETRALOGIA DI FALLOT, ATRESIA POLMONARE, TRASPOSIZIONE DEI GROSSI VASI, VENTRICOLO DX A DOPPIA USCITA, RITORNO ANOMALO TOTALE DELLE VENE POLMONARI)
07YC	<input type="radio"/> OSTRUZIONI ALL'AFFLUSSO (COARTAZIONE AORTICA, STENOSI POLMONARE, STENOSI AORTICA CONGENITA)
<u>CHIRURGIA VASCOLARE:</u>	
14AC	<input type="radio"/> ANEURISMI DELL'AORTA ADDOMINALE VISCERALI, PERIFERICI
14BC	<input type="radio"/> LESIONI OSTRUTTIVE CAROTIDEE SINTOMATICHE
14GC	<input type="radio"/> LESIONI DELL'ARTERIA ANONIMA
14HC	<input type="radio"/> LESIONI CAROTIDEE ASINTOMATICHE
14IC	<input type="radio"/> FURTO DELLA SUCCLAVIA
14JC	<input type="radio"/> LESIONI OSTRUTTIVE DELLE ARTERIE VISCERALI SINTOMATICHE
14KC	<input type="radio"/> ARTERIOPATIE OSTRUTTIVE DEGLI ARTI II° STADIO
14LC	<input type="radio"/> ARTERIOPATIE OSTRUTTIVE DEGLI ARTI III° E IV° STADIO
14PC	<input type="radio"/> REINTERVENTI ARTERIOSI
14QC	<input type="radio"/> FISTOLE ARTERO-VENOSE
14SC	<input type="radio"/> LESIONI OSTRUTTIVE DELLE VENA CAVA SUPER-
14UC	<input type="radio"/> PATOLOGIA VENOSA

