

DEMANDE DE TRANSPORT USAGER

RLS

PB

RY

PDS

Nom: Prénom:

Numéro de dossier: Aller / Retour Aller Retour

Numéro de RAMQ: ATTENTION l'utilisateur ne peut être jumelé

Type de transport : **AMBULANCE** P2 P5 P6 P8

Mesures de précaution: OUI NON **Type d'isolement:**

Prise en charge **Destination**

Date de transport: Motif de la demande:

Heure de prise en charge: Heure de rendez-vous:

Nom du lieu: Nom du lieu:

Adresse: Adresse:

Ville: Ville:

Service: Service:

Pavillon/Étage/Chambre: Pavillon/Étage/Chambre:

Équipements médicaux requis: **Équipements fournis par l'utilisateur:**

Note: Jamais fournis par le transporteur

- | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Oxygène | <input checked="" type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> Pompe volumétrique | <input type="checkbox"/> Soluté | | <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique | <input type="checkbox"/> Oxygène |
| <input type="checkbox"/> Moniteur cardiaque | | Largeur du fauteuil si >32" : <input type="text"/> | | |

Fauteuil à fournir par le transporteur: **Agent payeur:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | Signature de l'utilisateur ou de son représentant, s'il est responsable du paiement : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique | |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | |

Accompagnateur

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Personnel déjà confirmé |
| <input type="checkbox"/> Agent de sécurité | <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute | <input type="checkbox"/> PAB | |
| <input type="checkbox"/> Bénévole | <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire | <input type="checkbox"/> Autre: <input type="text"/> |

Commentaires

Requérant

Nom:

Téléphone:

Réservé service du transport **Date du traitement de la demande:**

Type de transport: Confirmation: Jumelé avec:

Compagnie: Traité par :