

## 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

Aucun  Oxygène  Aucun  Fauteuil électrique  Fauteuil roulant  
 Pompe volumétrique  Soluté  Fauteuil gériatrique  Oxygène  
 Moniteur cardiaque Largeur du fauteuil si >32" :

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

Aucun  Fauteuil gériatrique  Fauteuil roulant  
 Signature de l'utilisateur ou de son représentant, s'il est responsable du paiement :

**Accompagnateur**

Aucun  Famille  Médecin  Personnel déjà confirmé  
 Agent de sécurité  Inhalothérapeute  PAB  
 Bénévole  Infirmière  Infirmière auxiliaire  Autre:

**Commentaires**

**Requérant**

Nom:

Téléphone:

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

Type de transport:  Confirmation:  Jumelé avec:

Compagnie:  Traité par :