

GUIDE D'UTILISATION DE LA PLATEFORME OCTOPUS POUR LE TRANSPORT DES USAGERS AMBULANCE



Demande de
transport par
ambulance

Table des matières

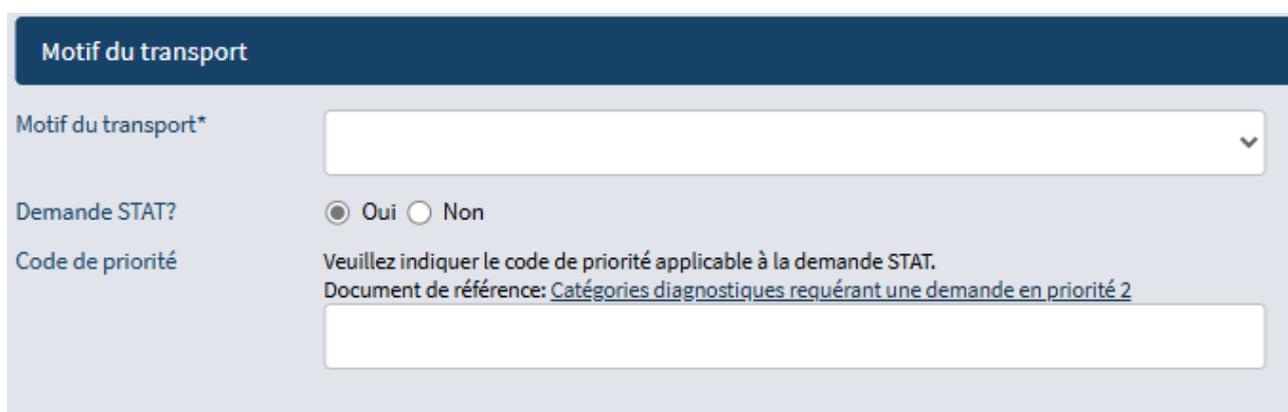
Nouvelle requête	3
Motif du transport	3
Passager	4
Origine et Destination	5
Détails du trajet.....	6
Équipement supplémentaire.....	7
Paiement	8
Notes.....	9

**Pour toute question en lien avec ce formulaire,
veuillez communiquer avec la centrale de répartition à l'adresse courriel
transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca**

NOUVELLE REQUETE

Dans cette section, il y a les informations du demandeur de la réquisition dans la plateforme Octopus. Normalement, les informations sont automatiquement identifiées dont le demandeur, le service, et le type de demande.

MOTIF DU TRANSPORT



Motif du transport

Motif du transport*

Demande STAT? Oui Non

Code de priorité Veuillez indiquer le code de priorité applicable à la demande STAT.
Document de référence: [Catégories diagnostiques requérant une demande en priorité 2](#)

L'onglet du motif de transport est une liste déroulante avec plusieurs choix selon le type de motif pour le déplacement de l'utilisateur.

Il faut sélectionner le bon motif relié au déplacement de l'utilisateur :

- Transport inter-établissement
- Rendez-vous
- Retour à domicile
- Hémodialyse
- Autres à précisez

Si votre demande est urgente sélectionnez « **Oui** » à « **Demande STAT ?** », Une nouvelle fenêtre apparaîtra et on vous demandera de confirmer un **code de priorité**. Cliquez sur le document de référence qui est fourni : « **Catégories diagnostiques requérant une demande en priorité 2** » pour vous aider à sélectionner le code de priorité.

PASSAGER

Passager	
Nom*	<input type="text" value="Cailloux"/>
Prénom*	<input type="text" value="Pierre"/>
Numéro de dossier*	<input type="text" value="123456"/>
Date de naissance*	<small>(utiliser le calendrier ou taper directement avec le format AAAA-MM-JJ)</small> <input type="text" value="1990-09-09"/>
Poids de l'usager	<small>en livres (lbs)</small> <input type="text" value="160"/>
L'usager est-il porteur de germes multirésistants Veuillez préciser*	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; width: 100%;"></div>
L'usager est-il accompagné?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, par un employé du CIUSSS EMTL <input checked="" type="radio"/> Oui, par un membre de la famille, ami ou employé d'une agence
Nom et prénom de l'accompagnateur	<input type="text" value="Pierre Laroche"/>
Numéro de téléphone de l'accompagnateur	<small>Veuillez indiquer un numéro de téléphone que le chauffeur pourra contacter lors de son arrivée pour faciliter la prise en charge. Inclure le numéro du poste, le cas échéant (ex. ###-###-####, poste 1234).</small> <input type="text" value="(514)514-5140"/>
Langue	<input type="text" value="Français"/>

Dans la section « **Passager** », le but est d'identifier le passager lors de la prise en charge. Les éléments suivants sont **obligatoires** : *Nom, Prénom, Numéro de dossier et Date de naissance*.

Les éléments suivants sont facultatifs, cependant, ils sont importants pour une prise en charge efficace :

- Le poids de l'usager est important pour le transporteur lors du déplacement.
- Si l'usager est accompagné, il faut remplir les informations de l'accompagnateur soit le nom, le prénom et le numéro de téléphone de celui-ci afin de nous permettre d'être en mesure de le joindre afin de faciliter la prise en charge.

N.B. La langue affichée est toujours le français, mais vous pouvez changer la langue si l'usager parle une autre langue. Ce choix se fait avec la liste déroulante.

***IMPORTANT GERMES RESISTANTS** : il faut cocher la case si l'usager a des symptômes ou est porteur d'un germe résistant. Il faut également apporter des précisions sur sa nature*

ORIGINE ET DESTINATION

Origine	
Nom du médecin demandeur*	<input type="text"/>
Origine - adresse	<input type="text" value="▼"/>
<input type="checkbox"/> L'adresse d'origine n'est pas dans la liste ci-dessus	
Unité/département/étage (origine)	<input type="text" value="▼"/>
Commentaires additionnels (origine)	<i>ex. département, porte, chambre, lieu du rendez-vous</i> <input type="text"/>
Est-ce qu'il y a des marches à cette adresse*	<input type="radio"/> Oui, 3 marches et moins <input type="radio"/> Oui, 4 marches et plus <input type="radio"/> Non

Destination	
Nom du médecin receveur	<input type="text"/>
Destination - adresse	<input type="text" value="▼"/>
<input type="checkbox"/> L'adresse de destination n'est pas dans la liste ci-dessus	
Unité/département/étage (destination)	<input type="text" value="▼"/>
Commentaires additionnels (destination)	<i>ex. département, porte, chambre, lieu du rendez-vous</i> <input type="text"/>
Est-ce qu'il y a des marches à cette adresse*	<input type="radio"/> Oui, 3 marches et moins <input type="radio"/> Oui, 4 marches et plus <input type="radio"/> Non

Dans cette section, **les noms du médecin demandeur et receveur sont obligatoires**. Ils doivent être remplis pour que la prise en charge puisse être faite.

Lors de la sélection de l'adresse, vous pouvez utiliser la liste déroulante ou inscrire la première lettre de l'installation pour une sélection plus rapide.

Les installations CEMTL se trouve dans les premières lignes et la liste des installations externe se trouve plus bas. (Ex : C.H.U.M.) Si l'adresse n'est pas dans la liste, vous pouvez cocher la case suivante « **L'adresse d'origine n'est pas dans la liste ci-dessus** » et remplir la case adresse (autre). Vous pouvez insérer des commentaires additionnels pour faciliter le transport par exemple, la porte de débarquement, le pavillon, le département ou autres.

Utilisez la liste déroulante pour inscrire l'unité, département et l'étage de l'utilisateur.

Utilisez les commentaires additionnels pour inscrire toutes autres informations utiles qui peuvent aider à connaître l'endroit où doit se trouver l'utilisateur.

DETAILS DU TRAJET

Détails du trajet

 Afin de respecter l'horaire établi, veuillez vous assurer que l'usager est prêt à partir lors de l'arrivée du chauffeur en préparant d'avance les éléments suivants:

- Dossier médical
- Médicaments
- Effets personnels requis

Date*

Type d'heure* Heure flexible / à confirmer
 Arrivée à destination à...
 Départ de l'origine à...

Heure*  **Afin d'éviter les retards, merci de prévoir une quinzaine de minutes entre l'arrivée de l'usager et l'heure prévue de son rendez-vous**

Veuillez indiquer l'heure en format 24h (ex. 16:15)

 Cocher la case ci-dessous uniquement si un retour est requis le même jour que l'aller.
Pour un retour à une date ultérieure, veuillez transmettre une demande de transport séparée

Créer un second trajet pour le retour?

Type d'heure (retour) Heure flexible / à confirmer
 Départ de la destination à...

 **Lorsque l'heure est confirmée:**
Veuillez contacter la centrale des transports au 514-251-7700 poste 49444

La section détails du trajet comprend plusieurs cases **importantes à remplir**. Il faut sélectionner une date à l'aide du calendrier ou inscrire la date voulue (AAAA-MM-JJ). Il faut choisir le « Type d'heure » selon les besoins de l'usager. Si vous cochez « **Heure flexible** », votre équipe devra contacter la centrale de transport pour confirmer l'heure de prise en charge de l'usager.

Lorsque vous sélectionnez « **Arrivée à destination à** » ou « **Départ de l'origine à** », le champs « **Heure** » apparaîtra. Il faudra mentionner dans cette case l'heure voulu en format 24h.

Cliquez sur la case « **Créer un second trajet pour le retour ?** », si vous voulez un retour de déplacement de l'usager dans la même journée. Pour le retour avec une heure flexible, veuillez contacter avec la répartition des transports pour le retour de l'usager.

Pour obtenir un transport récurrent, vous pouvez sélectionner votre numéro de requête antérieure. Dans le bas de la réquisition, appuyez sur le bouton « copier cette requête ». Le formulaire sera dupliqué avec toutes les informations nécessaires, il faut seulement modifier la date du transport et soumettre la demande.

ÉQUIPEMENT SUPPLEMENTAIRE

Équipement supplémentaire

- Couverture
- Oxygène
- Toile
- Isolette
- Soluté
- Pompe
- Moniteur requis

Retour de l'équipement? Oui Non

Raison médicale

Oxygène

Bonbonne fournie par? Usager Unité (établissement)

Débit d'oxygène Moins de 5L/min 5L/min ou plus

La section des équipements supplémentaires est pertinente si l'utilisateur a besoin de l'un de ces équipements lors de son déplacement. Sélectionner « **Retour de l'équipement** », si l'équipement est fourni par l'un de nos établissements. Un champ supplémentaire va apparaître si vous cochez la case « **Oxygène** ». Vous devez mentionner la provenance de la bouteille et le débit d'oxygène.

PAIEMENT

Païement

Type de paiement* Payé par l'utilisateur
 Autre couverture
 Payé par l'établissement

Mode de paiement
Carte de crédit

L'utilisateur ou son répondant est informé et accepte la responsabilité de paiement

Nom et prénom de la personne responsable du paiement*
Pierre Cailloux

Numéro de téléphone de la personne responsable du paiement*
(514) 514-5140

La section paiement vous permet de sélectionner le mode de paiement de la requête.

Cliquez sur « **Payé par l'utilisateur** », un nouveau champ apparaîtra. Il faudra confirmer avec la liste déroulante le mode de paiement de son choix (argent comptant, Carte de crédit, Chèque).

Cochez la case en dessous pour confirmer que l'utilisateur ou son répondant est informé et a accepté la responsabilité de paiement. Les nom, prénom et numéro de téléphone de la personne effectuant le paiement doivent être inscrits.

Païement

Type de paiement* Payé par l'utilisateur
 Autre couverture
 Payé par l'établissement

Agent payeur
Assurance sociale/Aide sociale

Numéro de dossier (relié à la couverture)
1234567

Cliquez sur la case « **Autre couverture** », si le paiement est assumé par une tierce partie. Sélectionner à l'aide de la liste déroulante, l'agent payeur approprié

Un champ apparaîtra pour les services suivants : assurance sociale, aide sociale, CNESST, curateur public, SAAQ. Le numéro de dossier relié à la couverture doit être inscrit.

Païement

Type de paiement* Payé par l'utilisateur
 Autre couverture
 Payé par l'établissement

Le CIUSSS est responsable du paiement si l'épisode de soins est non-terminé :

- L'utilisateur est déplacé dans un autre établissement pour un transfert, examen, consultation ou traitement
- L'utilisateur est transféré vers une maison ou unité de soins palliatifs

Sélectionnez « **Payé par l'établissement** » lorsque la responsabilité de paiement est prise en charge par CEMTL.

NOTES

Notes

Notes pour le chauffeur

Veuillez spécifier les conditions de l'usager qui pourraient faciliter le transport ou permettre la protection du chauffeur, le cas échéant
(ex. sourd, muet, langue parlée si ni anglais ou français, troubles cognitifs, mesures d'isolement nécessaires, etc.)

Si l'usager a des effets personnels à transporter:
Veuillez inscrire le plus de détails possibles en lien avec la nature et le volume des objets à transporter. Pour des raisons de sécurité, le chauffeur et l'usager ne doivent pas être gênés par la présence d'objets dans le véhicule.

Nom du demandeur*

Francis Ouellette

Numéro de téléphone du demandeur*

La centrale de répartition pourrait communiquer avec vous en cas de questions au sujet de la présente demande

(514) 251-7700 p49451



Fin du formulaire

Cliquer sur le bouton Soumettre ci-dessous pour transmettre votre demande

.

SOUMETTREANNULER

La section « Notes » vous permet d'ajouter tous les commentaires qui peuvent être utiles aux chauffeurs.

Appuyez sur le bouton « **Soumettre** » pour envoyer votre demande de transport.

N.B. Lorsque la demande sera traitée par la répartition des transports, vous recevrez un numéro de confirmation.