

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
Paieement.....	8
Notes.....	9
Suivi avec plusieurs intervenants	10

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

The screenshot shows a form titled 'Motif du transport' in a dark blue header. Below the header, there are three fields: 'Motif du transport*' is a dropdown menu; 'Demande STAT?' has two radio buttons, 'Oui' (selected) and 'Non'; 'Code de priorité' is a text input field. Below the 'Code de priorité' field, there is a note: '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 préciser

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*	Cailloux
Prénom*	Pierre
Numéro de dossier*	123456
Date de naissance*	(utiliser le calendrier ou taper directement avec le format AAAA-MM-JJ) 1990-09-09
Poids de l'usager	en livres (lbs) 160
L'usager est-il porteur de germes multirésistants Veuillez préciser*	☒ Oui ☐ Non
L'usager est-il accompagné?	☐ Non ☐ Oui, par un employé du CIUSSS EMTL ☒ Oui, par un membre de la famille, ami ou employé d'une agence
Nom et prénom de l'accompagnateur	Pierre Laroche
Numéro de téléphone de l'accompagnateur	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). (514)514-5140
Langue	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*	
Origine - adresse	
	☐ L'adresse d'origine n'est pas dans la liste ci-dessus
Unité/département/étage (origine)	
Commentaires additionnels (origine)	
Est-ce qu'il y a des marches à cette adresse*	☐ Oui, 3 marches et moins ☐ Oui, 4 marches et plus ☐ Non

Destination	
Nom du médecin receveur	
Destination - adresse	
	☐ L'adresse de destination n'est pas dans la liste ci-dessus
Unité/département/étage (destination)	
Commentaires additionnels (destination)	
Est-ce qu'il y a des marches à cette adresse*	☐ Oui, 3 marches et moins ☐ Oui, 4 marches et plus ☐ 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.

Utilisé 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'utilisateur est prêt à partir lors de l'arrivée du chauffeur en préparant d'avance les éléments suivants:

- Dossier médical
- Médicaments
- Effets personnels requis

Type d'heure*

☐ Heure à confirmer
☒ Départ le plus tôt possible
☐ Départ de l'origine à...
☐ Arrivée à destination à...

Date et heure demandée (aller)*

2025-05-22 09:00



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 à confirmer
☐ Départ de la destination à...



Vous avez sélectionné l'option Heure à confirmer
Lorsque l'heure est confirmée:
Veuillez contacter la centrale des transports au 514-251-7700 poste 49444

Date et heure demandée (retour)*

2025-05-22 08:43

Équipement supplémentaire

Mai 2025

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Heure : 08:43
Heure :
Minute :

Maintenant Fermer

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

Lorsque vous sélectionnez « **Arrivée à destination à** » ou « **Départ de l'origine à** » ou « **Départ le plus tôt possible** », le champs « **Date et heure demandé** » apparaîtra. Il faudra sélectionner avec l'aide du calendrier la date et 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'utilisateur dans la même journée. Pour le retour avec une heure flexible, veuillez contacter avec la répartition des transports pour le retour de l'utilisateur.

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 SUPPLÉMENTAIRE

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 (lié 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 lié 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'utilisateur 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.) <u>Si l'utilisateur a des effets personnels à transporter:</u> 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'utilisateur ne doivent pas être gênés par la présence d'objets dans le véhicule.
Nom du demandeur*	Bydoff Carilus
Numéro de téléphone du demandeur*	<i>La centrale de répartition pourrait communiquer avec vous en cas de questions au sujet de la présente demande</i> (514) 251-7000 p3409
Contact supplémentaire pour suivi	Par défaut, uniquement le demandeur listé ci-dessus peut visualiser la demande dans Octopus et reçoit les communications en lien avec celle-ci. Si vous désirez que cette requête soit visible par d'autres intervenants pour en faire le suivi et être informé de l'avancement ou du traitement, veuillez utiliser le champ ci-dessous et les étapes suivantes: 1. Inscrire le nom et/ou prénom du contact à ajouter 2. Cliquer sur la loupe pour lancer la recherche 3. Cocher le contact approprié dans la fenêtre contextuelle et cliquer sur <i>Sélectionner</i> 4. Répéter les étapes 1 à 3 pour chaque contact à ajouter
 Fin du formulaire Cliquer sur le bouton Soumettre ci-dessous pour transmettre votre demande ☐ - SOUMETTRE ANNULER	

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

SUIVI AVEC PLUSIEURS INTERVENANTS

Contact supplémentaire pour suivi

Par défaut, uniquement le demandeur listé ci-dessus peut visualiser la demande dans Octopus et reçoit les communications en lien avec celle-ci.

Si vous désirez que cette requête soit visible par d'autres intervenants pour en faire le suivi et être informé de l'avancement ou du traitement, veuillez utiliser le champ ci-dessous et les étapes suivantes:

1. Inscrire le nom et/ou prénom du contact à ajouter
2. Cliquer sur la loupe pour lancer la recherche
3. Cocher le contact approprié dans la fenêtre contextuelle et cliquer sur *Sélectionner*
4. Répéter les étapes 1 à 3 pour chaque contact à ajouter



Lorsque vous désirez que plusieurs intervenants puissent avoir accès à la requête Octopus pour un suivi. Vous devez utiliser le champs « **Contact supplément pour suivi** ». Écrivez le nom complet de la personne recherchée et Cliquez sur la loupe à droite du champ. Une nouvelle fenêtre de résultats apparaîtra. Il ne contient qu'un maximum de 5 résultats donc soyez précis.

Résultats de la recherche ✕

Cette recherche est limitée à 5 résultats.

	Prénom	Nom	Département (Nom complet)	Site	Titre	Téléphone	No. d'employé
☐	info_test	info_test		CLSC de Saint-Léonard			
☐	info_test	info_test		CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot			
☐	info_test	info_test		Hôpital Santa Cabrini			
☐	Meggie	Stainforth-Dubois		Hôpital Maisonneuve-Rosemont			
☐	tech	informatique		CLSC de Saint-Léonard			

Sélectionner **Annuler**

Sélectionnez l'intervenant désiré. Répétez autant de fois que nécessaire les étapes précédentes pour ajouter davantage d'intervenant. Cela va créer une liste comme illustré avec l'image ci-dessous. Pour enlever un des intervenants de la liste, appuyez sur la croix rouge.

- ✕ info_test info_test (CLSC de Saint-Léonard)
- ✕ info_test info_test (CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot)
- ✕ info_test info_test (Hôpital Santa Cabrini)
- ✕ tech informatique (CLSC de Saint-Léonard)

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.