

GUIDE POUR COMPLÉTER UNE REQUÊTE DE TRANSPORT USAGER CIUSSS

Important

- Remplir toutes les parties du formulaire selon les indications de ce guide;
- Le numériser ou l'envoyer par courriel à transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca pour faire une demande de transport;
- Si des changements **mineurs** surviennent dans la demande après l'envoi du formulaire, veuillez téléphoner au Service logistique-transport au 514-251-7700, poste 49444, afin de signaler ces changements;
- Si des changements **majeurs** surviennent dans la demande après l'envoi du formulaire, veuillez remplir une nouvelle requête de transport et la renvoyer au service.

Voici comment remplir chacune des sections du formulaire

DEMANDE DE TRANSPORT		
Nom du demandeur : _____	Tél. : _____	Date/heure de la demande : _____

1. La personne qui remplit le formulaire doit inscrire son nom complet et son numéro de téléphone;
2. Précisez la date et l'heure de la demande.

SECTION A – PRISE EN CHARGE ET DESTINATION

SECTION A - PRISE EN CHARGE ET DESTINATION	
☐ Aller simple ☐ Aller-retour Date/heure prévues du transport : _____ Date/heure prévues du retour : _____ Âge de l'usager : _____ Poids : _____	Type de transport ☐ Ambulancier (Code STAT, si applicable _____) ☐ Transport avec support médical (flotte CIUSSS-EMTL/Dessercom) ☐ Transport sans support médical (taxi adapté) ☐ EVAQ (remplir le formulaire directement sur la plateforme web)
Lieu de prise en charge ☐ CH/Unité : _____ ☐ CHSLD : _____ ☐ Résidence privée : _____ ☐ Domicile : ☐ Escaliers extérieurs ☐ Nbre de marches : _____ ☐ Escaliers en colimaçon ☐ Besoin d'une 2^e personne Adresse civique (précisez le nom de l'établissement au besoin) _____ _____ _____ Nom personne-ressource : _____ Tél. : _____ Nom médecin demandeur : _____	Lieu de destination ☐ CH/Unité : _____ ☐ CHSLD : _____ ☐ Résidence privée : _____ ☐ Domicile : ☐ Escaliers extérieurs ☐ Nbre de marches : _____ ☐ Escaliers en colimaçon ☐ Besoin d'une 2^e personne Adresse civique (précisez le nom de l'établissement au besoin) _____ _____ _____ Nom personne-ressource : _____ Tél. : _____ Nom médecin receveur : _____

* Une seule demande à remplir en cas d'aller-retour.

1. Informations relatives à la demande de transport :
 - Type de demande (aller simple ou aller-retour);
 - Date et heure du transport et du retour;

- Âge et poids de l'utilisateur.

2. Choix du transport le plus approprié selon les outils à votre disposition :
 - Pour le transport ambulancier, veuillez préciser le code stat si nécessaire et le nom du médecin référent dans la section note, avec la justification de la sélection de ce type de transport.
3. Lieu de prise en charge et lieu de destination :
 - Veuillez apporter toutes les précisions nécessaires afin de faciliter la prise en charge du patient par le chauffeur;
 - Les informations sur le domicile sont importantes afin de savoir si les services requièrent une 2^e personne.
4. Adresse complète (étage et # de chambre, au besoin) pour faciliter le transfert une fois à la destination.
5. Nom du médecin demandeur et receveur à remplir en cas de transport en ambulance.

SECTION B - ACCOMPAGNATEUR

SECTION B - ACCOMPAGNATEUR	
Nombre d'accompagnateurs prévus : _____	
☐ Famille ☐ Pab. ☐ Inf. ☐ Inf. aux. ☐ Bénévole ☐ Inhalo. ☐ Policier ☐ Autres : _____	

1. L'utilisateur sera-t-il accompagné? Si oui, par qui?

SECTION C – CONDITIONS/ÉQUIPEMENTS

SECTION C - CONDITIONS/ÉQUIPEMENTS	
☐ Usager porteur de germe(s) multirésistant(s), le(s)quel(s) : _____	
Fauteuil : ☐ Régulier ☐ Multipositions ☐ Gériatrique ☐ Bariatrique ☐ Électrique	
*fauteuils bariatrique et électrique non disponibles par la flotte CIUSSS-EMTL.	
☐ Oxygène (débit : _____ litres) ☐ Couverture ☐ Isolette ☐ Soluté ☐ Pompe ☐ Moniteur requis ☐ Ballon aortique	
Retour de l'équipement ? ☐ Oui ☐ Non A son propre fauteuil ? Type : _____	
Raison médicale : _____	

1. Choix du fauteuil :
 - Le choix du fauteuil est déterminant dans le choix du type de transport;
 - Privilégier, si possible, un fauteuil multipositions au lieu d'un gériatrique.
2. Équipements :
 - Sélectionner les choix requis pour l'utilisateur;
 - Isolette/Incubateur : berceau de plastique clair qui garde le bébé au chaud et qui le protège des germes et du bruit;
 - Ballon aortique : ballonnet introduit dans l'artère fémorale en soutien au muscle cardiaque.
3. L'utilisateur a-t-il son propre fauteuil?

SECTION D – AGENT PAYEUR (autre que CIUSSS-EMTL)

SECTION D - AGENT PAYEUR (autre que CIUSSS-EMTL)	
☐ CNESST	☐ SAAQ ☐ IVAC ☐ Aide sociale ☐ Autre : _____
Numéro de dossier : _____ Coût approximatif de la prise en charge : _____	
Usager (section ci-dessous à remplir)	
Type de paiement : ☐ Comptant ☐ Crédit ☐ Facturation <i>Dessercom</i>	
L'usager ou son répondant est informé et accepte la responsabilité de paiement. Date : _____	
Signature : _____ Témoin de consentement : _____	

**** À remplir seulement si ce n'est PAS au CIUSSS d'assumer les coûts du transport.**

1. Agent payeur :
 - Inscrire le numéro de dossier de l'usager si une entité est en charge du paiement (ex.: numéro d'aide sociale de l'usager);
 - Autres : Curatelle, Ministère de la Défense nationale du Canada, Gendarmerie générale du Canada, Solliciteur général du Canada, Santé Canada.
2. Usager :
 - L'usager, ou son répondant, doit SIGNER le formulaire si la responsabilité du paiement lui revient. Il est également possible d'obtenir une approbation d'un proche par téléphone (inscrire le nom de la personne, son lien avec l'usager, ainsi que la date et l'heure de la conversation dans le carré où la signature devrait se trouver);
 - Si l'usager est apte à consentir, mais qu'il n'est pas en mesure physiquement de signer le formulaire, un témoin au consentement peut signer sur la ligne prévue à cet effet.

SECTION NOTES

NOTES
Numérisation ou envoi par courriel à transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Veuillez indiquer tout autre commentaire pertinent dans le contexte de la demande de transport.

Lorsque le formulaire est complété en totalité, numériser et envoyer par courriel à :

transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute autre question, n'hésitez pas à communiquer avec Cindy Elie au 514-251-7700, poste 49433 ou à l'adresse courriel suivante :

cindy.elie.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Les coordonnées de la répartition :

514-251-7700, poste 49444

Heures :

Lundi au vendredi : 6 h à 22 h 59

Fin de semaine et fériés : 7 h à 22 h 59

