



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR40020

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

DEMANDE DE TRANSPORT

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

SECTION A - PRISE EN CHARGE ET DESTINATION Aller simple Aller-retour**Type de transport**

Date/heure prévues du transport : _____

Date/heure prévues du retour : _____

Âge de l'usager : _____ Poids : _____

 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 : _____

SECTION B - ACCOMPAGNATEUR

Nombre d'accompagnateurs prévus : _____

 Famille Pab. Inf. Inf. aux. Bénévole Inhalo. Policier Autres : _____**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 : _____

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 Dessercom

L'usager ou son répondant est informé et accepte la responsabilité de paiement. Date : _____

Signature : _____ Témoin de consentement : _____

NOTES

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