

**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 : \_\_\_\_\_

 Ambulancier (Code STAT, si applicable \_\_\_\_\_)

Date/heure prévues du retour : \_\_\_\_\_

 Transport avec support médical (flotte CIUSSS-EMTL/Dessercom)

Âge de l'usager : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

 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  N<sup>bre</sup> de marches : \_\_\_\_\_ Escaliers en colimaçon  Besoin d'une 2<sup>e</sup> 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  N<sup>bre</sup> de marches : \_\_\_\_\_ Escaliers en colimaçon  Besoin d'une 2<sup>e</sup> 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 aortiqueRetour 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](mailto:transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)