

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'île-de-Montréal

Québec



NO DE DOSSIER : \_\_\_\_\_  
NOM / PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
NO D'ASS. MALADIE : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_  
MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_  
UNITÉ / CLIN. / PROG. : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE TRANSPORT

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

#### 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<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     Nbre 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 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](mailto:transport.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES