Centre intégré universitaire de santé	NO DE DOSSIER :
et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal	NOM/PRÉNOM:
Québec * *	DATE DE NAISSANCE :
IUSMM	NO D'ASS. MALADIE : Exp. :
	MÉDECIN TRAITANT : Dr
E11E-10200	UNITÉ / CLIN. / PROG. :
	AL DE TRANSFERT SÉCURITAIRE¹ RQ, c. P-38.001, art. 11.)
Modalités du transfert d'établissement	
Établissement destinataire :	
Type de transport :	
Date du transfert :	
Autres modalités :	
Dossier légal relatif à la garde en établisseme	nt transféré
Motifs du transfert d'établissement	
La personne a demandé d'être transférée.	
L'organisation et les ressources de l'établissemen	t visé permettent le transfert :
Le médecin juge nécessaire que la person davantage en mesure de répondre à ses la	nne soit transférée parce que l'établissement visé sera
aavamage on meedre de rependre à ese s	Consentement de la personne obtenu
☐ Le médecin juge que le transfert d'établis et/ou celle d'autrui	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité
	sement de la personne est nécessaire pour assurer sa sécurité

<sup>1.</sup> Transfert entre les établissements visés par les articles 6 et 9 de la Loi sur la protection des personnes. Le formulaire concerne aussi le transfert entre les installations d'un même établissement.

Motifs du transfert d'établissement  Dans l'IMMÉDIAT, j'atteste que le transfert d'établissement de la personne selon les modalités définies ci-dessus ne présente aucun risque sérieux pour elle-même et/ou pour autrui.  Ordonnance médicale pour la durée du transport  Ordonnance médicale pour la durée du transport  Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AWA-MOIS-JOUR)	Nom de l'usager :	N° dossier :
Ordonnance médicale pour la durée du transport	Motifs du transfert d'établissement	
	☐ Dans l'IMMÉDIAT, j'atteste que le transfert d'établissement de la personne selon les modalités définies ci-dessus ne présente aucun risque sérieux pour elle-même et/ou pour autrui.	
		•
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)	Ordonnance médicale pour la durée du transport	
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique  Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Signature du médecin et numéro de permis de pratique Date (AAAA-MOIS-JOUR)		
Le certificat doit être versé au dossier de l'usager.		Date (AAAA-MOIS-JOUR)