



DÉCLARATION DE TRANSPORT PAR AMBULANCE

Identification			Nom du service d'ambulance		
Nom de la personne transportée		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Adresse					
N° de téléphone		Age	N° - RAMQ	N° du permis	N° référence du véhicule

Coordonné du transport					
Date d'appel	Heure d'appel	Heure prise en charge	Heure arrivée CH	Distance parcourue avec la personne transportée	
					km

Prise en charge par le transporteur		
<input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Edifice public <input type="checkbox"/> Lieu de travail	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> Centre d'accueil <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Autre _____	ZONE DE PRISE EN CHARGE <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
Identification du lieu de prise en charge		
Adresse		Code d'établissement de prise en charge

Destination de la personne transportée	
Nom de l'établissement ou autre	Code d'établissement receveur

Transfert par un établissement			
Transfert par avion <input type="checkbox"/>	Hélicoptère <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Nom de l'escorte			Voyage aller <input type="checkbox"/> retour <input type="checkbox"/>
Raison du transfert 1- Périnatalité 2- Néonatalité 3- Pour diagnostic 4- Urgence 5- Autres			Montant à payer par l'établissement pour le transfert \$
Justification			
Date		Médecin traitant	
Date		Directeur général du CH ou son représentant	

Date	Signature du préposé	Signature de la personne transportée ou de son escorte ou du receveur
------	----------------------	---

Espace réservé au transporteur