



Centre
Hospitalier
de DOUAI

DEMANDE DE TRANSPORT

IDENTIFICATION DU SERVICE

VSL : ☐

TAXI en cas
d'indisponibilité VSL ☐

AMBULANCE : ☐

ETIQUETTE

Transport urgent
(prescrit uniquement en Ambulance) ☐

Transport programmé ☐

ALLER ☐

RETOUR ☐

MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM : _____

Signature et Cachet : _____

Le patient : peut être assis ☐

Le patient : doit être couché ☐

Le patient : est accompagné par personnes ☐

Famille ☐

Personnel ☐

Consultation ☐

Transfert < à 48h. ☐

Consultation
multi-disciplinaire ☐

Transfert ☐

Examen ☐

Reconvocation ☐

Convocation de
l'hôpital X.... ☐

du patient hospitalisé
en soins de suite ☐

Perfusion ☐

Incubateur ☐

Oxygène ☐

Saturation ☐

Seringue électrique ☐

Risque infectieux ☐

NATURE DE L'EXAMEN OU DE LA CONSULTATION :

DESTINATION :

Horaires de prise en charge demandés par le CHD

le : _____ à : _____ H _____

Hôpital / Clinique : _____

Adresse : _____

Service : _____

Localisation : _____

Chef du service : _____

Heure impérative du R.V.

H _____

Date : _____ Heure : _____

Nom du demandeur : _____

Poste : _____

Reconvocation du patient hospitalisé en soins de suite :

Nom de l'Etablissement de soins de suite :

Date dernière hospitalisation au C.H.D. :

du au

Service de la dernière hospitalisation :

Cadre réservé au Service des Admissions

PRESTATAIRE : _____

COMMANDE FAITE PAR : _____

Tél : _____

Fax : _____

1 - à remettre à l'Ambulancier

2 - à transmettre à la Direction des Achats et de la Logistique

3 - à conserver par le Bureau des Admissions