Union Hospitalière de Cornouaille

PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT à la charge des établissements de l'Union Hospitalière de Cornouaille

(Articles L.162-21-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale)

Etablissement prescripteur

Facture à adresser auprès de l'établissement :

☐CHIC (QUIMPER CONCARNEAU) ☐CHDZ (DOUARNENEZ) ☐EPSM (GOURMELEN) ☐HDPA (PONT L'ABBE) ☐SSR UGECAM (St YVI)

Service émetteur : service hospitalisation complète / HDJ / UHTCD
Nom du service : ……
Nom du prescripteur : Docteur ……..
Champ d'activité : ☐ MCO ☐ SSR ☐ Psychiatrie

Signature et cachet du prescripteur

La personne bénéficiaire du transport

Etiquette patient obligatoire

Numéro de chambre : …….
☐ fenêtre / ☐ porte

1) Destination et service :

Lieu : ……
Champ d'activité : ☐ MCO ☐ SSR ☐ Psychiatrie
Date du rendez-vous : ……/……/…….
☐ Heure de rendez-vous : ….h…… ou ☐ sortie souhaitée à : ……h……

2) Motif du transfert :

☐ Consultation ☐ Hospitalisation ☐ Séance de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse ☐ Dialyse hors centre
☐Transport aller-retour
Le transfert est ☐ inférieur à 48h ☐ supérieur à 48h

3) Mode de transport :

Le patient est en mesure de faire seul son transfert du fauteuil au véhicule :
☐ Fauteuil (VSL ou taxi)
☐ À pied (VSL ou taxi)

Le patient nécessite d'être en position allongée ou demi-assise, ou portage ou brancardage et/ou situation particulière du point N°4 :
☐ Brancard :
- ☐ ambulance
- ☐ ambulance bariatrique pour patient de 110 Kg ou plus
- ☐ ambulance néonat ou pédiatrique
  - ↳ ☐ Avec personnel paramédical accompagnant

Pour les transports assis, l'état du patient est-il compatible pour un transport simultané : ☐ oui ☐ non

4) Situations ou précautions particulières :

☐ Doit rester à jeun
☐ Nécessite des précautions complémentaires d'hygiène :
↳ ☐ contact ☐ gouttelette ☐air
☐ A une/des douleur(s) (localisation……)
☐ Sondé ☐ Avec diurèse
☐ Autres précautions ou observations :
……

<u>Impérativement en ambulance :</u>
☐ Sous oxygène : débit en l/minute : ……
☐ Perfusé
☐ Pousse-seringue électrique
☐ Contention
☐ Désorienté ou risque de fugue *(nécessitant en plus du conducteur, un ambulancier pour surveillance continue)*

Horaires

Heure de **début** de prise en charge *(indiqué par le soignant du service de départ)* : ……h…… Nom……
Heure de **fin** de prise en charge *(indiqué par le soignant du service destinataire)* : ……h….. Nom……

Ambulance, VSL, taxi conventionné

A compléter par le transporteur et à joindre à la facture qui doit être OBLIGATOIREMENT envoyée à l'établissement prescripteur

Société prestataire : ……
Nom(s) du ou des professionnel(s) de l'équipage : ……
……
Immatriculation du véhicule : ……

Signature du transporteur :