



# Transfert d'un patient hospitalisé vers un autre établissement de santé

## Prescription médicale de transport

(Articles L. 162-21-2 et D. 162-17 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Formulaire  
réservé aux  
établissements  
de santé

COMMANDE N° : \_\_\_\_\_

À RETOURNER À L'ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

### ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

Raison sociale : Centre Bourgès

Adresse : 150, avenue Clément Ader - CS 70016 - 34173 CASTELNAU-LE-LEZ CEDEX

N° SIRET : 33335265600024 - N° FINESS EJ : 340019082 - N° FINESS ET : 340019090

#### IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Identifiant 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
(N° AM ou RPPS)

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DU TRANSPORT

Nom : \_\_\_\_\_

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date de naissance 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

#### QUEL TRAJET DOIT EFFECTUER LE PATIENT ?

##### DÉPART

Raison sociale : Centre Bourgès

Adresse : 150, avenue Clément Ader

CS 70016 - 34173 CASTELNAU-LE-LEZ CEDEX

Champ d'activité : ☐ MCO ☒ SSR ☐ Psychiatrie ☐ HAD

Unité médicale : \_\_\_\_\_

Horaire de départ souhaité : \_\_\_\_\_

☐ Transport aller-retour

##### ARRIVÉE

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : ☐ MCO ☐ SSR ☐ Psychiatrie ☐ HAD

Unité médicale : \_\_\_\_\_

Horaire d'arrivée souhaité : \_\_\_\_\_

#### QUEL TRAJET DOIT EFFECTUER LE PATIENT ?

☐ Consultation ☐ Hospitalisation ☐ Séances de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse ☐ Dialyse hors centre

LE TRANSFERT EST-IL ☐ INFÉRIEUR À 48H OU ☐ SUPÉRIEUR À 48H ?

#### QUEL MODE DE TRANSPORT PRESCRIVEZ-VOUS

#### AU REGARD DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET D'AUTONOMIE DU PATIENT ?

☐ Transport en ambulance ☐ Transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)

### AMBULANCE, VSL, TAXI CONVENTIONNÉ

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

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° d'identification 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fait à : \_\_\_\_\_

Date 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Signature du transporteur : \_\_\_\_\_

### VALIDATION DIRECTION