



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 : Clinique Clémentville
Adresse : 25, rue de Clémentville - 34070 MONTPELLIER
N° SIRET : 47080135800016 - N° FINESS EJ : 340000298 - N° FINESS ET : 340780675

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 : Clinique Clémentville
Adresse : 25, rue de Clémentville
34070 MONTPELLIER
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