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 Fontfroide
Adresse : 1800, rue Saint Priest - Parc Euromédecine - 34097 MONTPELLIER Cedex 5
N° SIRET : 34457756400018 - N° FINESS EJ : 340001866 - N°FINESS ET : 340789981

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 Fontfroide
Adresse : 1800, rue Saint Priest - Parc Euromédecine
34097 MONTPELLIER Cedex 5

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

FON-2018-PE-8.1