



Formulaire réservé aux établissements de santé

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

## Prescription médicale de transport

COMMANDE N° :

### Etablissement prescripteur

Raison sociale :

Adresse :

N° structure  
(FINESS ou SIRET)

#### • Identification du prescripteur

Nom :

Prénom :

Identifiant  
(N° AM ou RPPS)

Date

Signature

### La personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom :

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

N° d'immatriculation

Date de naissance

Adresse :

### La prescription médicale de transport

#### • Quel trajet doit effectuer le patient ?

DEPART

Raison sociale :

Adresse :

Champ d'activité : - MCO  - SSR  - Psychiatrie

Unité médicale :

ARRIVEE

Raison sociale :

Adresse :

Champ d'activité : - MCO  - SSR  - Psychiatrie

Unité médicale :

Transport aller-retour

#### • Quel est le motif du transfert ?

Consultation  - Hospitalisation  - séance de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse  - dialyse hors centre

• Le transfert est-il inférieur à 48 heures  ou supérieur à 48 heures  ?

• 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

(A 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