DÉCLARATION DE TRANSPORT DES USAGERS

Santé et Services sociaux Québec

DT9087

N° de AS-803 DT | N° de carte d'appel — A A M M J J | N° séquentiel | N° affectation

N° de dossier | Priorité | R

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER

Nom, adresse du service ambulancier

Numéros du permis et du véhicule — —

B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)

Nom | Prénom

Adresse N°, rue – app. | Ind. rég. | Numéro de téléphone

Ville | Prov. | Code postal

Sexe ☐ M ☐ F | Date de naissance Année Mois Jour | Statut non-résident canadien ☐ | Pays

N° d'assurance maladie | Nom – prénom du père ou de la mère

C- PRISE EN CHARGE, LIEU ET RAISON

Lieu de prise en charge (adresse) cocher si l'adresse est la même qu'au bloc B ☐ | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | P

Lieu de destination (adresse) nom de l'installation s'il y a lieu | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | D

À L'USAGE DE L'ÉTABLISSEMENT QUI « RECOMMANDE » CE TRANSPORT OU TRANSFERT

Cocher la case correspondante, si la cause « **première** » du transport ou transfert est directement liée aux suites d'un :

☐ ACCIDENT DE LA ROUTE

☐ ACCIDENT DE TRAVAIL

Date de la demande et heure Année Mois Jour : | Date de l'accident Année Mois Jour

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)

Date de l'appel (ou date réactivation si différé) A A A A M M J J	Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'usager	Départ du lieu prise en charge	Arrivée au lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Libération de la civière	Fin de remise état véhicule	Départ du lieu de destination	Arrivée dans la région origine	Arrivée dans la zone origine	Retour point attente/service	Interruption			T
:	:	:	:	:	:	:	☐ Annulation sans réaffectation ☐ Annulation pour réaffectation	☐ Nouvelle affectation si vers pt d'attente/ de service	

E- CORPS POLICIER

Corps policier | N° corps de police | N° séquentiel d'événement | ☐ Accident route ☐ P38 ☐ Détenu ☐ Autre :

F- À L'USAGE DE L'INSTALLATION (OU AUTRE LIEU DE DESTINATION)

Date A A A A M M J J | Nom – prénom | Signature | Attestation de la nécessité du transport ☐ Oui ☐ Non

G- COÛT DU TRANSPORT

Code de l'établissement | Code de l'agent payeur | Distance parcourue Usager seul Km | Usagers multiples Km | Nombre d'usagers transportés | Inscrire les numéros de formulaires AS-810, qui correspondent aux usagers additionnels transportés N° N° N°

Montant à payer pour **cet usager transporté**

Coût de la prise en charge _____ $

Transport avec usagers multiples :

Coût de la distance parcourue + _____ $

Coût additionnel pour les autres usagers transportés + _____ $

Sous-total = _____ $

Nombre d'usagers transportés ÷ _____ = _____ $

Distance parcourue pour cet usager seul + _____ $

Surcharge si statut non-résident canadien + _____ $

Total à payer = _____ $

Nom, adresse de l'unité d'appartenance (si militaire) | N° matricule de l'ancien combattant

Nom réserve/communauté des autochtones | N° de bande

Code permanent de l'aide sociale | N° PFSI

Nom de la personne ou organisation responsable du paiement (si autre qu'usager)

Adresse et n° de rue (adresse de correspondance)

Ville | Prov. | Code postal

Signature (au frais de l'usager)

Je certifie que ceci est une facture exacte des services rendus et qu'aucune portion de ce montant n'a été payée par qui que ce soit.

Signature du responsable

H- IDENTIFICATION ET SIGNATURES DES TECH. AMBULANCIÈRES/AMBULANCIERS/PARAMÉDICS

Nom – prénom du TAP 2 (conducteur) | Matricule TAP — | Signature

Nom – prénom du TAP 1 | Matricule TAP — | Signature

N° de quart | Espace réservé tech. ambulancière/ambulancier/paramédic ou entreprise

1- FACTURE — À REMETTRE À L'AGENT PAYEUR

DÉCLARATION DE TRANSPORT DES USAGERS

Santé et Services sociaux Québec

DT9087

N° de AS-803 DT | N° de carte d'appel — A A M M J J | N° séquentiel | N° affectation

N° de dossier | Priorité | R

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER

Nom, adresse du service ambulancier

Numéros du permis et du véhicule — —

B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)

Nom | Prénom

Adresse N°, rue – app. | Ind. rég. | Numéro de téléphone

Ville | Prov. | Code postal

Sexe ☐ M ☐ F | Date de naissance Année Mois Jour | Statut non-résident canadien ☐ | Pays

N° d'assurance maladie | Nom – prénom du père ou de la mère

C- PRISE EN CHARGE, LIEU ET RAISON

Lieu de prise en charge (adresse) cocher si l'adresse est la même qu'au bloc B ☐ | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | P

Lieu de destination (adresse) nom de l'installation s'il y a lieu | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | D

À L'USAGE DE L'ÉTABLISSEMENT QUI « RECOMMANDE » CE TRANSPORT OU TRANSFERT

Cocher la case correspondante, si la cause « **première** » du transport ou transfert est directement liée aux suites d'un :

☐ ACCIDENT DE LA ROUTE

☐ ACCIDENT DE TRAVAIL

Date de la demande et heure Année Mois Jour : | Date de l'accident Année Mois Jour

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)

Date de l'appel (ou date réactivation si différé) A A A A M M J J	Réponse au CCS (ou réactivation) :	Affectation (confirmation) :	Départ vers lieu prise en charge :	Arrivée sur lieu prise en charge :	Arrivée auprès de l'usager :	Départ du lieu prise en charge :	Arrivée au lieu de destination :	Triage débuté :	Triage terminé :

Libération de la civière :	Fin de remise état véhicule :	Départ du lieu de destination :	Arrivée dans la région origine :	Arrivée dans la zone origine :	Retour point attente/service :	Interruption :	☐ Annulation sans réaffectation ☐ Annulation pour réaffectation	☐ Nouvelle affectation si vers pt d'attente/ de service	T

E- CORPS POLICIER

Corps policier | N° corps de police | N° séquentiel d'événement | ☐ Accident route ☐ P38 ☐ Détenu ☐ Autre :

F- À L'USAGE DE L'INSTALLATION (OU AUTRE LIEU DE DESTINATION)

Date A A A A M M J J | Nom – prénom | Signature | Attestation de la nécessité du transport ☐ Oui ☐ Non

G- COÛT DU TRANSPORT

Code de l'établissement | Code de l'agent payeur | Distance parcourue Usager seul Km | Usagers multiples Km | Nombre d'usagers transportés | Inscrire les numéros de formulaires AS-810, qui correspondent aux usagers additionnels transportés N° N° N°

Montant à payer pour **cet usager transporté**

Coût de la prise en charge _____ $

Transport avec usagers multiples :

Coût de la distance parcourue + _____ $

Coût additionnel pour les autres usagers transportés + _____ $

Sous-total = _____ $

Nombre d'usagers transportés ÷ _____ = _____ $

Distance parcourue pour cet usager seul + _____ $

Surcharge si statut non-résident canadien + _____ $

Total à payer = _____ $

Nom, adresse de l'unité d'appartenance (si militaire) | N° matricule de l'ancien combattant

Nom réserve/communauté des autochtones | N° de bande

Code permanent de l'aide sociale | N° PFSI

Nom de la personne ou organisation responsable du paiement (si autre qu'usager)

Adresse et n° de rue (adresse de correspondance)

Ville | Prov. | Code postal

Signature (au frais de l'usager)

Je certifie que ceci est une facture exacte des services rendus et qu'aucune portion de ce montant n'a été payée par qui que ce soit.

Signature du responsable

H- IDENTIFICATION ET SIGNATURES DES TECH. AMBULANCIÈRES/AMBULANCIERS/PARAMÉDICS

Nom – prénom du TAP 2 (conducteur) | Matricule TAP — | Signature

Nom – prénom du TAP 1 | Matricule TAP — | Signature

N° de quart | Espace réservé tech. ambulancière/ambulancier/paramédic ou entreprise

DÉCLARATION DE TRANSPORT DES USAGERS

Santé et Services sociaux Québec

DT9087

N° de AS-803 DT | N° de carte d'appel — A A M M J J | N° séquentiel | N° affectation

N° de dossier | Priorité | R

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER

Nom, adresse du service ambulancier

Numéros du permis et du véhicule — —

B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)

Code postal

Sexe ☐ M ☐ F | Date de naissance Année Mois Jour | Statut non-résident canadien ☐ | Pays

C- PRISE EN CHARGE, LIEU ET RAISON

Lieu de prise en charge (adresse) cocher si l'adresse est la même qu'au bloc B ☐ | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | P

Lieu de destination (adresse) nom de l'installation s'il y a lieu | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | D

À L'USAGE DE L'ÉTABLISSEMENT QUI « RECOMMANDE » CE TRANSPORT OU TRANSFERT

Cocher la case correspondante, si la cause « **première** » du transport ou transfert est directement liée aux suites d'un :

☐ ACCIDENT DE LA ROUTE

☐ ACCIDENT DE TRAVAIL

Date de la demande et heure Année Mois Jour :

Date de l'accident Année Mois Jour

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)

Date de l'appel (ou date réactivation si différé) A A A A M M J J	Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'usager	Départ du lieu prise en charge	Arrivée au lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Libération de la civière	Fin de remise état véhicule	Départ du lieu de destination	Arrivée dans la région origine	Arrivée dans la zone origine	Retour point attente/service	Interruption			T
:	:	:	:	:	:	:	☐ Annulation sans réaffectation ☐ Annulation pour réaffectation	☐ Nouvelle affectation si vers pt d'attente/ de service	

E- CORPS POLICIER

Corps policier | N° corps de police | N° séquentiel d'événement | ☐ Accident route ☐ P38 ☐ Détenu ☐ Autre :

F- À L'USAGE DE L'INSTALLATION (OU AUTRE LIEU DE DESTINATION)

Date A A A A M M J J | Nom – prénom | Signature | Attestation de la nécessité du transport ☐ Oui ☐ Non

G- COÛT DU TRANSPORT

Code de l'établissement | Code de l'agent payeur | Distance parcourue Usager seul Km | Usagers multiples Km | Nombre d'usagers transportés | Inscrire les numéros de formulaires AS-810, qui correspondent aux usagers additionnels transportés N° N° N°

Montant à payer pour **cet usager transporté**

Coût de la prise en charge _____ $

Transport avec usagers multiples :

Coût de la distance parcourue + _____ $

Coût additionnel pour les autres usagers transportés + _____ $

Sous-total = _____ $

Nombre d'usagers transportés ÷ _____ = _____ $

Distance parcourue pour cet usager seul + _____ $

Surcharge si statut non-résident canadien + _____ $

Total à payer = _____ $

Nom, adresse de l'unité d'appartenance (si militaire) | N° matricule de l'ancien combattant

Nom réserve/communauté des autochtones | N° de bande

Code permanent de l'aide sociale | N° PFSI

Nom de la personne ou organisation responsable du paiement (si autre qu'usager)

Adresse et n° de rue (adresse de correspondance)

Ville | Prov. | Code postal

Signature (au frais de l'usager)

Je certifie que ceci est une facture exacte des services rendus et qu'aucune portion de ce montant n'a été payée par qui que ce soit.

Signature du responsable

H- IDENTIFICATION ET SIGNATURES DES TECH. AMBULANCIÈRES/AMBULANCIERS/PARAMÉDICS

Nom – prénom du TAP 2 (conducteur) | Matricule TAP — | Signature

Nom – prénom du TAP 1 | Matricule TAP — | Signature

N° de quart | Espace réservé tech. ambulancière/ambulancier/paramédic ou entreprise

3- À REMETTRE À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

DÉCLARATION DE TRANSPORT DES USAGERS

Santé et Services sociaux Québec

DT9087

N° de AS-803 DT | N° de carte d'appel — A A M M J J | N° séquentiel | N° affectation

N° de dossier | Priorité | R

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER

Nom, adresse du service ambulancier

Numéros du permis et du véhicule — —

B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)

Nom | Prénom

Adresse N°, rue – app. | Ind. rég. | Numéro de téléphone

Ville | Prov. | Code postal

Sexe ☐ M ☐ F | Date de naissance Année Mois Jour | Statut non-résident canadien ☐ | Pays

N° d'assurance maladie | Nom – prénom du père ou de la mère

C- PRISE EN CHARGE, LIEU ET RAISON

Lieu de prise en charge (adresse) cocher si l'adresse est la même qu'au bloc B ☐ | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | P

Lieu de destination (adresse) nom de l'installation s'il y a lieu | ☐ Resp. paiement | N° de zone | Code géographique | Code de l'installation | D

À L'USAGE DE L'ÉTABLISSEMENT QUI « RECOMMANDE » CE TRANSPORT OU TRANSFERT

Cocher la case correspondante, si la cause « **première** » du transport ou transfert est directement liée aux suites d'un :

☐ ACCIDENT DE LA ROUTE

☐ ACCIDENT DE TRAVAIL

Date de la demande et heure Année Mois Jour : | Date de l'accident Année Mois Jour

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)

Date de l'appel (ou date réactivation si différé) A A A A M M J J	Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'usager	Départ du lieu prise en charge	Arrivée au lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Libération de la civière	Fin de remise état véhicule	Départ du lieu de destination	Arrivée dans la région origine	Arrivée dans la zone origine	Retour point attente/service	Interruption			T
:	:	:	:	:	:	:	☐ Annulation sans réaffectation ☐ Annulation pour réaffectation	☐ Nouvelle affectation si vers pt d'attente/ de service	

E- CORPS POLICIER

Corps policier | N° corps de police | N° séquentiel d'événement | ☐ Accident route ☐ P38 ☐ Détenu ☐ Autre :

F- À L'USAGE DE L'INSTALLATION (OU AUTRE LIEU DE DESTINATION)

Date A A A A M M J J | Nom – prénom | Signature | Attestation de la nécessité du transport ☐ Oui ☐ Non

G- COÛT DU TRANSPORT

Code de l'établissement | Code de l'agent payeur | Distance parcourue Usager seul Km | Usagers multiples Km | Nombre d'usagers transportés | Inscrire les numéros de formulaires AS-810, qui correspondent aux usagers additionnels transportés N° N° N°

Montant à payer pour **cet usager transporté**

Coût de la prise en charge _____ $

Transport avec usagers multiples :

Coût de la distance parcourue + _____ $

Coût additionnel pour les autres usagers transportés + _____ $

Sous-total = _____ $

Nombre d'usagers transportés ÷ _____ = _____ $

Distance parcourue pour cet usager seul + _____ $

Surcharge si statut non-résident canadien + _____ $

Total à payer = _____ $

Nom, adresse de l'unité d'appartenance (si militaire) | N° matricule de l'ancien combattant

Nom réserve/communauté des autochtones | N° de bande

Code permanent de l'aide sociale | N° PFSI

Nom de la personne ou organisation responsable du paiement (si autre qu'usager)

Adresse et n° de rue (adresse de correspondance)

Ville | Prov. | Code postal

Signature (au frais de l'usager)

Je certifie que ceci est une facture exacte des services rendus et qu'aucune portion de ce montant n'a été payée par qui que ce soit.

Signature du responsable

H- IDENTIFICATION ET SIGNATURES DES TECH. AMBULANCIÈRES/AMBULANCIERS/PARAMÉDICS

Nom – prénom du TAP 2 (conducteur) | Matricule TAP — | Signature

Nom – prénom du TAP 1 | Matricule TAP — | Signature

N° de quart | Espace réservé tech. ambulancière/ambulancier/paramédic ou entreprise

4- À REMETTRE À L'ÉTABLISSEMENT RECEVEUR

Codes d'agent payeur	
05	Établissement du réseau sociosanitaire du Québec
10	Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ)
15	Employeur
20	Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
25	Aide sociale (sécurité du revenu)
30	Ministère de la Sécurité publique (établissement de détention, service de police)
35	Solliciteur général du Canada (pénitencier fédéral)
40	Défense nationale du Canada (Forces canadiennes)
45	Anciens combattants du Canada
47	Gendarmerie royale du Canada (GRC)
50	Santé Canada (communauté autochtone fédérale)
52	Réserve autochtone et inuit conventionnée (provinciale)
54	Conseil de bande
55	Individu
60	Représentant légal
70	Régime hors province

Note :
Les codes régionaux ou maison, fournis par une agence de santé et des services sociaux ou la Corporation d'urgences-santé peuvent être utilisés.

R : Codes de raison du transport	
05	Diagnostic de traitement spécialisé (aller)
10	Diagnostic de traitement spécialisé (retour)
15	Transfert

Codes de désignation de lieu	
P : Prise en charge	**D : Destination**
05	Établissement et Installation sociosanitaire du Québec
20	Résidence privée
25	Établissement carcéral (centre de détention, prison)
45	Cabinet privé de médecin/groupe de médecine familiale (GMF)
50	Lieu d'un transfert aérien
55	Lieu public
60	Lieu d'un accident de la route ou hors route
65	Lieu d'un accident de travail
70	Hors province

T : Codes priorité de conduite	
N	Non urgente
U	Urgente
I	Immédiate

Section D : Chronométrie du transport	
Réponse de l'appel téléphonique au CCS (H2)	Heure de la réponse à l'appel téléphonique par le répondant médical d'urgence (RMU). Cette heure correspond également à l'heure où la carte d'appel a été réactivée dans la RAO lorsqu'il s'agit d'un appel différé.
Affectation des ressources ambulancières (confirmation) (H6)	Heure de la confirmation de la réception de l'affectation par la ressource ambulancière. Dans le cas d'une ressource en horaire de faction, il s'agit de l'heure où le deuxième technicien ambulancier paramédic confirme la réception de l'affectation.
Départ vers le lieu de prise en charge (H7)	Heure de la mise en route de la ressource ambulancière vers le lieu de prise en charge de l'usager. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement vers le lieu de prise en charge.
Arrivée sur le lieu de prise en charge (H8)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière sur le lieu de prise en charge de l'usager. Cette heure correspond au moment où le véhicule est immobilisé.
Arrivée auprès de l'usager (H9)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière auprès de l'usager. Cette heure correspond au moment où la ressource peut établir un contact physique avec lui et débuter son appréciation.
Départ du lieu de prise en charge (H10)	Heure à laquelle la ressource ambulancière quitte le lieu de prise en charge de l'usager. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement vers le lieu de destination.
Arrivée au lieu de destination (H11)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière au lieu de destination. Cette heure correspond au moment où le véhicule est immobilisé.
Triage débuté (H12)	Heure à laquelle l'usager est pris en charge par l'infirmière/infirmier au triage.
Triage terminé (H13)	Heure de l'attribution à l'usager d'une priorité relative à l'échelle de triage et de gravité (ETG).
Libération de la civière (H14)	Heure de la récupération, par la ressource ambulancière, de la civière et des équipements essentiels à une nouvelle affectation.
Fin de la remise en état du véhicule (H15)	Heure à laquelle la ressource ambulancière : • a terminé le nettoyage/désinfection du véhicule et des équipements; • a remis en place les équipements essentiels à une nouvelle affectation.
Départ du lieu de destination (H16)	Heure du départ de la ressource ambulancière du lieu de destination. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement.
Arrivée dans la région d'origine (H17)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière dans sa région d'origine, suite à une affectation hors région.
Arrivée dans la zone d'origine (H18)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière dans sa zone d'origine, suite à une affectation hors zone.
Retour au point de service/poste d'attente (H19)	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière à un point d'attente qui lui a été attribué (ou à son point de service qui en tient lieu), en vue d'une prochaine affectation.
Interruption	Heure à laquelle une affectation est *interrompue* pour l'une des raisons suivantes : Lorsque le véhicule est en route vers un lieu de prise en charge : ☐ Annulation sans réaffectation ☐ Annulation pour réaffectation Lorsque le véhicule quitte le lieu de destination (ou le lieu de prise en charge si aucun transport) : ☐ Nouvelle affectation lorsque le véhicule est en route vers le point d'attente/de service