



MODE D'UTILISATION

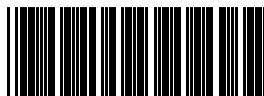
**N.B. : Lire les instructions avant de remplir le présent formulaire.
Après la lecture, enlever cette partie.**

**Ce formulaire a été conçu pour être rempli partiellement
avec imprimante mécanique et ensuite à la main.**

- 1- Identifier l'utilisateur avec sa carte d'hôpital sur les **pages 1 et 4**.
 - 2- Enlever la pelure de carbone en dessous du 1^{er} carbone.
 - 3- Remplir la **page 1**.
 - 4- Enlever le premier carbone ainsi que la pelure de carbone entre les **pages 3 et 4**.
 - 5- Remplir la **page 4**.
 - 6- Tirer sur le talon au haut pour enlever le dernier carbone et séparer les pages.
 - 7- Classer les **pages 1 et 4** au dossier de l'utilisateur.
 - 8- Faire suivre les **pages 2 et 3** à l'établissement de destination.
-



TRANSFERT INTER-ÉTABLISSEMENT



DT9126

TRANSFERT DEMANDÉ :

Établissement				
A	Date	M	J	Heure
				:
Nom du médecin				

TRANSFERT ACCEPTÉ :

Établissement de destination		A	Date	M	J	Heure	Nom du médecin
						:	

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS AU TRANSFERT

Raison du transfert

Diagnostic principal/autres diagnostics et problèmes

Allergies connues

Si oui, spécifier

Non Oui _____

Immunisation antitétanique

Si oui, spécifier

Non Oui _____

spécifier type de vaccin DT D2T5 etc. _____

Traitements : solutés, transfusions, médicaments (type, dose, heure, voie, etc.), oxygène

Autres traitements : réparation de plaie, pansement, immobilisation

Examens et analyses (Ne pas oublier de joindre les copies)

Histoire et examen physique : Non Oui Radiologie : Non Oui Spécimens biologiques : Non Oui

Laboratoire : Non Oui E.C.G. : Non Oui Autres : _____

1



ORDONNANCES POUR LA DURÉE DU TRANSPORT

Nom du médecin (en lettres moulées)

Signature et numéro de permis

ÉTAT DE L'USAGER AU DÉPART

Signes vitaux, état de conscience (Glasgow) etc.

Heure

Date

RÉSUMÉ DE DOSSIER

Faire parvenir à :
 Nom du médecin

 Établissement/adresse

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien de parenté ou autre	
1 Adresse	Ind. rég.	N° de téléphone
Nom	Lien de parenté ou autre	
2 Adresse	Ind. rég.	N° de téléphone

PERSONNES AYANT CONSTITUÉ ET VÉRIFIÉ LE DOSSIER DE TRANSFERT

Nom de l'infirmière (en lettres moulées)	Signature
Nom du médecin (en lettres moulées)	Signature

OBSERVATIONS/INTERVENTIONS AU COURS DU TRANSPORT

Heure d'arrivée

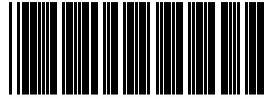
Nom et qualité de l'escorte (en lettres moulées)

Signature

3



TRANSFERT INTER-ÉTABLISSEMENT



DT9126

TRANSFERT DEMANDÉ :

Établissement						
A	Date		M	J	Heure	Nom du médecin
					:	

TRANSFERT ACCEPTÉ :

Établissement de destination				A	Date		M	J	Heure	Nom du médecin
									:	

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS AU TRANSFERT

Raison du transfert

Diagnostic principal/autres diagnostics et problèmes

Allergies connues

Si oui, spécifier

Non Oui _____

Immunisation antitétanique

Si oui, spécifier

Non Oui _____

spécifier type de vaccin DT D2T5 etc. _____

Traitements : solutés, transfusions, médicaments (type, dose, heure, voie, etc.), oxygène

Autres traitements : réparation de plaie, pansement, immobilisation

Examens et analyses (Ne pas oublier de joindre les copies)

Histoire et examen physique : Non Oui Radiologie : Non Oui Spécimens biologiques : Non Oui

Laboratoire : Non Oui E.C.G. : Non Oui Autres : _____

2



ORDONNANCES POUR LA DURÉE DU TRANSPORT

Nom du médecin (en lettres moulées)

Signature et numéro de permis

ÉTAT DE L'USAGER AU DÉPART

Signes vitaux, état de conscience (Glasgow) etc.

Heure

Date

RÉSUMÉ DE DOSSIER

Faire parvenir à :
 Nom du médecin

 Établissement/adresse

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien de parenté ou autre	
1 Adresse	Ind. rég.	N° de téléphone
Nom	Lien de parenté ou autre	
2 Adresse	Ind. rég.	N° de téléphone

PERSONNES AYANT CONSTITUÉ ET VÉRIFIÉ LE DOSSIER DE TRANSFERT

Nom de l'infirmière (en lettres moulées)	Signature
Nom du médecin (en lettres moulées)	Signature

OBSERVATIONS/INTERVENTIONS AU COURS DU TRANSPORT

Heure d'arrivée

Nom et qualité de l'escorte (en lettres moulées)

Signature

4



Carbone # 2 à patron

