



**FORMULAIRE DE TRANSFERT  
VERS LE SALON DE DÉPART**

<b>Date du transfert :</b> _____		<b>Heure du transfert :</b> _____			
<b>Provenance :</b>	<input type="checkbox"/> 3AB	<input type="checkbox"/> 4CD	<input type="checkbox"/> 7AB	<input type="checkbox"/> 8AB	<input type="checkbox"/> Urgence
	<input type="checkbox"/> 3CD	<input type="checkbox"/> 6CD	<input type="checkbox"/> 7CD	<input type="checkbox"/> 8CD	<input type="checkbox"/> Ambulatoire
<b>INFORMATIONS OBLIGATOIRES</b>					
<b>Type de transport :</b>	<input type="checkbox"/> Taxi : numéro de confirmation _____ Heure : _____				
	<input type="checkbox"/> Transport adapté : numéro de confirmation _____ Heure : _____				
	<input type="checkbox"/> Famille ou ami-e : numéro téléphone: _____ Heure : _____				
<b>Lieu du congé (destination de départ) :</b>	<b>Heure approximative du départ:</b> _____				
	<input type="checkbox"/> Retour à son domicile				
	<input type="checkbox"/> Retour au CHSLD/ RI /RPA, nom : _____				
	<input type="checkbox"/> Transfert en réadaptation				
<input type="checkbox"/> Emménagement dans un nouveau CHSLD/RI/RPA, nom : _____					
<b>PORTRAIT RAPIDE DE L'USAGER-ÈRE</b>					
					<b>Si oui, précisez :</b>
Autonome dans ses déplacements ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Utilisation d'une aide technique pour la marche? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
À risque de chute ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Autonome dans son alimentation ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Incontinent urinaire ou fécale ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Porteur d'une culotte d'incontinence ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Besoin d'oxygène ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					LN: _____ L/min
Isolement ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					
Diabétique ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON					Glycémie :
<b>PARTIE RÉSERVÉE AU PERSONNEL INFIRMIER</b>					
<input type="checkbox"/> Bracelet d'identification en place et double identification de l'utilisateur fait			<input type="checkbox"/> Bracelet d'allergie si applicable		
<input type="checkbox"/> Explications sur le salon de départ données à l'utilisateur			<input type="checkbox"/> Effets personnels remis lors du transfert pour le salon de départ		
<input type="checkbox"/> Transfert d'information concernant le congé fait à :			<input type="checkbox"/> Usager-ère	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Résidence
<b>Particularités de l'utilisateur</b>					
Nom et prénom (en lettres moulées) : _____				N° de permis : _____	
Titre d'emploi : _____					
Signature : _____				Date : _____	