

Aide-mémoire : Formulaire AS-810

Déclaration de transport aux usagers

Les éléments **ombragés** ne sont pas à compléter.

Les autres champs doivent être complétés, si applicable à la situation

Les champs identifiés d'une étoile ☆ doivent être complétés afin de pouvoir soumettre le formulaire électronique.

DÉCLARATION DE TRANSPORT DES USAGERS





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: _____

Compléter n° de carte d'appel même si transport refusé

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER				B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)				
Nom, adresse du service ambulancier				Nom ☆ Prénom ☆ Adresse N°, rue – app. Ind. rég. Numéro de téléphone Ville Prov. Code postal Sexe <input type="checkbox"/> M ☆ <input type="checkbox"/> F Date de naissance Année ☆ Mois Jour Statut non-résident canadien <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> 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 :				<input type="checkbox"/> ACCIDENT DE LA ROUTE Date de la demande et heure Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAVAIL Date de l'accident Année Mois Jour		
D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)								
Date de l'appel (ou date réactivation si différé)	Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'utilisateur	Départ du lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
[A][A][M][M][J][J]	:	:	:	:	:	:	:	:
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	<input type="checkbox"/> Annulation sans réaffectation <input type="checkbox"/> Nouvelle affectation si vers pt d'attente/de service ☆	
:	:	:	:	:	:	:		
E- CORPS POLICIER								
Corps policier		N° corps de police	N° séquentiel d'événement		<input type="checkbox"/> Accident route <input type="checkbox"/> P38 <input type="checkbox"/> Détenu <input type="checkbox"/> Autre :			
F- À L'USAGE DE L'INSTALLATION (OU AUTRE LIEU DE DESTINATION)								
Date	Nom – prénom		Signature			Attestation de la nécessité du transport <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
[A][A][M][M][J][J]								
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	Inscrivez 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						

Utilisation du matricule provincial

Aide-mémoire : Formulaire AS-810

Déclaration de transport aux usagers

N° de AS-803 DT : Information disponible sur formulaire papier AS-803

N° de carte d'appel : Date de l'appel (AAMMJJ), en provenance du CCS

N° séquentiel : Numéro d'appel de la journée, en provenance du CCS

N° affectation : N/A

N° de dossier : N/A

Priorité : Retranscrire priorité affichée dans la RAO

N° de AS-803 DT	N° de carte d'appel	N° séquentiel	N° affectation
	A A M M J J J		R ★
	N° de dossier		Priorité

R : Codes de raison du transport

- 05** Aller
- 10** Retour
- 15** Transfert

A- IDENTIFICATION DU SERVICE AMBULANCIER

Nom, adresse du service ambulancier : N/A

Numéro du permis et du véhicule : Le numéro de permis ne s'applique pas, seulement écrire le numéro du véhicule à 4 chiffres, disponible dans la RAO et sur le véhicule utilisé

B- IDENTIFICATION DE L'USAGER (résidence permanente)

Nom ★		Prénom ★	
Adresse N°, rue – app.		Ind. rég.	Numéro de téléphone
Ville		Prov.	Code postal
Sexe ★	Date de naissance	Statut non-résident canadien	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Année ★ Mois Jour	<input type="checkbox"/> Pays	
N° d'assurance maladie		Nom – prénom du père ou de la mère	

Demander une pièce d'identité valide et acceptable à l'utilisateur pour obtenir les informations nécessaires à cette section.

Si informations inconnues, champs obligatoires :

- Écrire « inconnu » dans les champs *Nom et Prénom* ;
- Sur le formulaire électronique, cocher la case « date de naissance inconnue ».

C- PRISE EN CHARGE, LIEU ET RAISON

Lieu de prise en charge (adresse) cocher si l'adresse est la même qu'au bloc B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> ACCIDENT DE LA ROUTE	Date de la demande et heure		Année	Mois
<input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAVAIL		Année Mois Jour		Année	Mois
		Date de l'accident ▶			

1. Code de l'installation : Choisir le lieu approprié

2.1. Lieu de prise en charge : Adresse où l'utilisateur a été pris en charge (peut différer de l'adresse de sa résidence).

2.2. Lieu de destination : Établissement : Information disponible dans la RAO. Autre lieu : Écrire l'adresse et le nom du lieu.

N° de zone : Sera rempli par la Direction des finances.

Code géographique : Sera rempli par la Direction des finances.

3. P / D : Codes de désignation de lieu.

Codes de désignation de lieu

P : Prise en charge	D : Destination	
05		Établissement et Installation sociosanitaire du Québec (CIUSSS, CISSS)
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

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)

Date de l'appel (ou date réactivation si différé)		Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'utilisateur	Départ du lieu prise en charge	Arrivée au lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
A	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
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	<input type="checkbox"/> Annulation sans réaffectation <input type="checkbox"/> Annulation pour réaffectation	<input type="checkbox"/> Nouvelle affectation si vers pt d'attente/de service		T
K	L	M	N	O	P	Q				R

La coloration rouge des lettres identifiant chaque case de chronométrie signifie que l'information peut être retrouvée dans le système RAO.

A	Date de l'appel (ou date de réactivation si différé)	Date donnée par le CCS, elle peut être différente de la date du jour ainsi que de celle de la carte d'appel.
B	Réponse de l'appel téléphonique au CCS	Heure de confirmation de la réception de l'appel.
C	Affectation des ressources ambulancières (confirmation)	Heure où le CCS a transmis l'affectation. 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.
D	Départ vers le lieu de prise en charge	Heure de la mise en route de la ressource ambulancière vers le lieu de prise en charge de l'utilisateur. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement vers le lieu de prise en charge.
E	Arrivée sur le lieu de prise en charge	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière sur le lieu de prise en charge de l'utilisateur. Cette heure correspond au moment où le véhicule est immobilisé.
F	Arrivée auprès de l'utilisateur	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière auprès de l'utilisateur. Cette heure correspond au moment où la ressource peut établir un contact physique avec lui et débuter son appréciation.
G	Départ du lieu de prise en charge	Heure à laquelle la ressource ambulancière quitte le lieu de prise en charge de l'utilisateur. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement vers le lieu de destination.
H	Arrivée au lieu de destination	Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière au lieu de destination. Cette heure correspond au moment où le véhicule est immobilisé.
I	Triage débuté	À remplir si applicable à la situation. Heure à laquelle l'utilisateur est pris en charge par l'infirmière/infirmier au triage.
J	Triage terminé	À remplir si applicable à la situation. Heure de l'attribution à l'utilisateur d'une priorité relative à l'échelle de triage et de gravité (ETG).
K	Libération de la civière	Heure de la récupération, par la ressource ambulancière, de la civière et des équipements essentiels à une nouvelle affectation.
L	Fin de la remise en état du véhicule	À remplir si applicable à la situation. 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.
M	Départ du lieu de destination	Heure du départ de la ressource ambulancière du lieu de destination. Cette heure correspond au moment où le véhicule est en mouvement.
N	Arrivée dans la région d'origine	À remplir si applicable à la situation. Montréal et Laval sont considérées comme étant la même région. Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière dans sa région d'origine, suite à une affectation hors région.
O	Arrivée dans la zone d'origine	À remplir si applicable à la situation. Montréal et Laval sont considérées comme étant la même région. Heure de l'arrivée de la ressource ambulancière dans sa zone d'origine, suite à une affectation hors zone.
P	Retour au point de service/poste d'attente	À remplir si applicable à la situation. 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.
Q	Interruption	À remplir si applicable à la situation. 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 : <input type="checkbox"/> Annulation sans réaffectation <input type="checkbox"/> Annulation pour réaffectation Lorsque le véhicule quitte le lieu de destination (ou le lieu de prise en charge si aucun transport) : <input type="checkbox"/> Nouvelle affectation lorsque le véhicule est en route vers le point d'attente/de service
R	T : Codes priorité de conduite	N : Non urgente U : Urgente I : Immédiate

E- CORPS POLICIER

Corps policier	N° corps de police	N° séquentiel d'événement	<input type="checkbox"/> Accident route	<input type="checkbox"/> P38	<input type="checkbox"/> Détenu	<input type="checkbox"/> Autre :
----------------	--------------------	---------------------------	---	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Corps policier : Inscrire le nom du corps policier affecté à l'événement

N° corps de police : Disponible dans le tableau ci-dessous. Est parfois inclus dans le numéro séquentiel d'événement.

N° séquentiel d'événement : Numéro donné par les membres du corps policier sur place. Dans le formulaire électronique, la case supporte seulement les chiffres. Si le numéro d'événement contient des lettres, ne pas les inscrire (Ex : MTLLEV9687631087).

Code de la raison de demande de transport par le service de police : Sélectionner la situation applicable et détailler si « Autre ».

Nom du corps de police	N° corps de police
Sûreté du Québec (SQ)	
SQ/Poste autoroutier de Candiac	PQ40315
SQ/Poste autoroutier de Cartier-Champlain	PQ40348
SQ/Poste autoroutier de Vaudreuil-Dorion	PQ40214
SQ/Poste autoroutier de Montréal	PQ40170
SQ/Poste autoroutier de Laval	PQ40190
SQ/Poste autoroutier de Mascouche	PQ40534
SQ/Unité de soutien en sécurité routière (Candiac)	PQ40597
SQ/Unité de soutien en sécurité routière (Mascouche)	PQ40081
Laval	
Laval Surveillance territoire	PQ30300
Laval Gendarmerie	PQ30301
Laval Surveillance territoire	PQ30302
SPVM	
SPVM/Poste quartier 3	PQ30103
SPVM/Poste quartier 4	PQ30104
SPVM/Poste quartier 5	PQ30105
SPVM/Poste quartier 7	PQ30107
SPVM/Poste quartier 8	PQ30108
SPVM/Poste quartier 9	PQ30109
SPVM/Poste quartier 10	PQ30110

Nom du corps de police	N° corps de police
SPVM/Poste quartier 12	PQ30112
SPVM/Poste quartier 13	PQ30113
SPVM/Poste quartier 15	PQ30115
SPVM/Poste quartier 16	PQ30116
SPVM/Poste quartier 20	PQ30120
SPVM/Poste quartier 21	PQ30121
SPVM/Poste quartier 22	PQ30122
SPVM/Poste quartier 23	PQ30123
SPVM/Poste quartier 26	PQ30126
SPVM/Poste quartier 27	PQ30127
SPVM/Poste quartier 30	PQ30130
SPVM/Poste quartier 31	PQ30131
SPVM/Poste quartier 35	PQ30135
SPVM/Poste quartier 38	PQ30138
SPVM/Poste quartier 39	PQ30139
SPVM/Poste quartier 42	PQ30142
SPVM/Poste quartier 44	PQ30144
SPVM/Poste quartier 45	PQ30145
SPVM/Poste quartier 46	PQ30146
SPVM/Poste quartier 48	PQ30148
SPVM/Poste quartier 49	PQ30149

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

Date	Nom – prénom	Signature	Attestation de la nécessité du transport <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------	--------------	-----------	--

N/A

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°
-------------------------	-----------------------------	---	-------------------------	------------------------------	--

Code de l'établissement : Sera rempli par la Direction des finances

Code de l'agent payeur :

05	Établissement du réseau sociosanitaire du Québec (CIUSSS et CISSS)
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.

Distance parcourue : Information disponible dans la RAO. Indiquer le nombre de kilomètres parcourus dans la case appropriée selon le nombre d'usagers transportés.

Nombre d'usagers transportés : Préciser si >1.

N° AS-810 des usagers additionnels transportés : Numéro disponible sous le code-barre en tête du formulaire papier.

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	= _____ \$

Cette section sera complétée par la Direction des finances.

G- COÛT DU TRANSPORT

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			

Aucune signature n'est à fournir ici

Militaire : Nom et adresse de l'unité d'appartenance.

Ancien combattant : Identifier si l'usager est un ancien combattant, mais le matricule n'est pas nécessaire.

Nom réserve/communauté des autochtones et n° de bande : Si le numéro de bande n'est pas disponible, inscrire le nom de la réserve seulement.

Code permanent de l'aide sociale : Disponible sur la carte d'aide sociale de l'usager.

N° PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire pour les réfugiés sans carte d'assurance maladie. Disponible sur le certificat d'immigration. Écrire N/D s'ils ne l'ont pas.

Nom de la personne ou org. responsable du paiement : Si personne autre que l'usager est responsable (ex : sous curatelle, personne mineure, accident de travail (employeur)).

Liste non-exhaustive des réserves/communautés des autochtones			
Nom	No. bande	Nom	No. bande
Val-d'Or	62	La Romaine	84
Algonquins (Rapid Lake)	74	Maliotenam (Sept-Îles)	80
Maniwaki	73	Manawan	78
Attikamekw Wemotaci	77	Mashteuiatsh (Pointe-Bleue)	76
Saint-Augustin	88	Natashquan	83
Eastmain	57	Pikogan	55
Gesgapegiag	52	Chisasibi (Fort George)	58
Kahnawake	70	Val-d'Or	62
Kanesatake	69	Wemindji	60
Kipawa	65	Winneway	67

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		

Nom – prénom du TAP : Inscrire le nom et le prénom des deux paramédics ayant réalisé le transport.

Matricule TAP : Utiliser votre matricule provincial.

Signature : Signer la case adjacente à celle de votre matricule.

N° de quart : N/A

Espace réservé : Inscrire toute autre remarque pouvant être utile au système de facturation.